

---

# Nationale Drug Monitor

Jaarbericht 2009

Trimbos-instituut,  
Utrecht, 2010



Wetenschappelijk Onderzoek- en  
Documentatiecentrum  
*Ministerie van Justitie*

 **Trimbos  
instituut**

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

## Colofon

### *Projectleiding*

Mw. dr. M.W. van Laar

### *Productiebegeleiding*

Linda Groeneveld

### *Redactie*

Mw. dr. M.W. van Laar<sup>1</sup>

Dhr. dr. A.A.N. Cruts<sup>1</sup>

Mw. dr. M.M.J. van Ooyen-Houben<sup>2</sup>

Dhr. drs. R.F. Meijer<sup>2</sup>

Dhr. drs. T. Brunt<sup>1</sup>

### *Omslagontwerp, vormgeving en druk*

Ladenius Communicatie BV

### *Productie*

Trimbos-instituut

### *Met medewerking van*

Mw. dr. E.A. Croes<sup>1</sup>

Dhr. drs. A.P.M. Ketelaars<sup>1</sup>

Mw. dr. J.E.E. Verdurmen<sup>1</sup>

Ir. J.J. van Dijk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trimbos-instituut

<sup>2</sup> WODC

ISBN 978-90-5253-668-2

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF0918**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2010, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Voor een PDF van dit rapport:

- [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel)
- [www.wodc.nl/onderzoek](http://www.wodc.nl/onderzoek)

# Leden van de wetenschappelijke raad van de NDM

Dhr. prof. dr. H.G. van de Bunt, Erasmus Universiteit Rotterdam  
Dhr. prof. dr. H.F.L. Garretsen, Universiteit van Tilburg (voorzitter)  
Dhr. prof. dr. R.A. Knibbe, Universiteit Maastricht  
Dhr. dr. M.W.J. Koeter, AIAR  
Dhr. prof. dr. D.J. Korf, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam  
Mw. prof. dr. H. van de Mheen, IVO  
Dhr. dr. C.G. Schoemaker, RIVM  
Dhr. A.W. Ouweland, Stg. IVZ

## **Waarnemers**

Mw. mr. R. Muradin, Ministerie van Justitie  
Mw. drs. W.M. de Zwart, Ministerie van VWS

## **Toegevoegde referenten**

Dhr. dr. M.C.A. Buster, GGD Amsterdam  
Dhr. drs. W.G.T. Kuijpers, Stg. IVZ  
Dhr. dr. M.C. Willemsen, STIVORO



# Voorwoord

Dit is al weer het tiende jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM). In de NDM staat centraal het verzamelen en integreren van cijfers over ontwikkelingen in het middelengebruik en in de drugsgelateerde criminaliteit. Met de jaarlijkse rapportages is inmiddels een schat aan gegevens verzameld.

Een aantal zaken valt op in dit tiende jaarbericht. Zo groeit het aantal cliënten bij de verslavingszorg met een cannabisprobleem gestaag. Het aantal alcohol- en amfetaminecliënten neemt eveneens toe, hoewel de laatste categorie klein blijft. Een wellicht verontrostende bevinding is dat jongeren in de jeugdzorg en leerlingen van zogenaamde REC-4 scholen voor speciaal onderwijs alle middelen (veel) meer gebruiken dan leerlingen van het reguliere voortgezet onderwijs. Het gaat echter om een relatief kleine groep jongeren. Vermeldenswaard is verder dat in toenemende mate versnijdingsmiddelen worden aangetroffen in ecstasy en cocaïne.

Het jaarbericht is zoals gebruikelijk opgesteld door het Bureau van de Nationale Drug Monitor van het Trimbos-instituut en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie. Veel dank gaat uit naar de medewerkers. Zij hebben het afgelopen jaar wel zeer grote inspanningen geleverd. Immers, in 2009 verscheen de door dezelfde medewerkers opgestelde "Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid" waarin op zeer gedegen wijze uitgebreid wordt ingegaan op het Nederlandse beleid vanaf 1972. De Wetenschappelijke Raad van de NDM, aangevuld met enkele nieuwe leden, heeft ook voor deze evaluatie als begeleidingscommissie gefungeerd en is onder de indruk van alle door de medewerkers geleverde inspanningen.

Prof. dr. Henk Garretsen  
Voorzitter Wetenschappelijke Raad van de Nationale Drug Monitor



# Inhoud

	<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>11</b>
	<b>Samenvatting</b>	<b>15</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>Cannabis</b>	<b>35</b>
2.1	Laatste feiten en trends	35
2.2	Gebruik: algemene bevolking	36
2.3	Gebruik: jongeren	38
2.4	Problematisch gebruik	46
2.5	Gebruik: internationale vergelijking	47
2.6	Hulpvraag	50
2.7	Ziekte en sterfte	56
2.8	Aanbod en markt	58
<b>3</b>	<b>Cocaïne</b>	<b>61</b>
3.1	Laatste feiten en trends	61
3.2	Gebruik: algemene bevolking	62
3.3	Gebruik: jongeren	63
3.4	Problematisch gebruik	68
3.5	Gebruik: internationale vergelijking	68
3.6	Hulpvraag	71
3.7	Ziekte en sterfte	76
3.8	Aanbod en markt	78
<b>4</b>	<b>Opiaten</b>	<b>81</b>
4.1	Laatste feiten en trends	81
4.2	Gebruik: algemene bevolking	82
4.3	Gebruik: jongeren	82
4.4	Problematisch gebruik	85
4.5	Gebruik: internationale vergelijking	88
4.6	Hulpvraag	90
4.7	Ziekte en sterfte	94
<b>5</b>	<b>Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen</b>	<b>109</b>
5.1	Laatste feiten en trends	109
5.2	Gebruik: algemene bevolking	110
5.3	Gebruik: jongeren	112

5.4	Problematisch gebruik	117
5.5	Gebruik: internationale vergelijking	117
5.6	Hulpvraag	121
5.7	Ziekte en sterfte	128
5.8	Aanbod en markt	130
<b>6</b>	<b>GHB</b>	<b>137</b>
6.1	Laatste feiten en trends	137
6.2	Gebruik: algemene bevolking	138
6.3	Gebruik: jongeren	138
6.4	Problematisch gebruik	141
6.5	Gebruik: internationale vergelijking	141
6.6	Hulpvraag	142
6.7	Ziekte en sterfte	145
6.8	Aanbod en markt	146
<b>7</b>	<b>Alcohol</b>	<b>149</b>
7.1	Laatste feiten en trends	149
7.2	Gebruik: algemene bevolking	150
7.3	Gebruik: jongeren	151
7.4	Probleemgebruikers	161
7.5	Gebruik: internationale vergelijking	164
7.6	Hulpvraag	166
7.7	Ziekte en sterfte	174
7.8	Aanbod en markt	178
<b>8</b>	<b>Tabak</b>	<b>181</b>
8.1	Laatste feiten en trends	181
8.2	Gebruik: algemene bevolking	181
8.3	Gebruik: jongeren	184
8.4	Gebruik: internationale vergelijking	188
8.5	Hulpvraag	190
8.6	Ziekte en sterfte	192
8.7	Aanbod en markt	196
<b>9</b>	<b>Drugsgelateerde criminaliteit</b>	<b>201</b>
9.1	Laatste feiten en trends	202
9.2	Opiumwetdelicten en georganiseerde drugscriminaliteit	203



<b>10</b>	<b>Drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem</b>	<b>219</b>
10.1	Laatste feiten en trends	219
10.2	Drugsgebruikende verdachten en veroordeelden	220
10.3	Interventies voor drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem	222
	<b>Bijlage A Verklaring van begrippen</b>	<b>229</b>
	<b>Bijlage C Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes</b>	<b>251</b>
	<b>Bijlage D Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs</b>	<b>253</b>
	<b>Bijlage E Drugsgebruik in enkele nieuwe EU-lidstaten</b>	<b>257</b>
	<b>Bijlage F Leerlingen op speciaal en regulier voortgezet onderwijs</b>	<b>259</b>
	<b>Referenties</b>	<b>261</b>



## Lijst van afkortingen

2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine
4-MTA	4-methylthioamfetamine
AIAR	Amsterdam Institute for Addiction Research
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
BMK	Benzyl-methyl-keton
BO	Basisonderwijs
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
BZP	Benzylpiperazine
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
CAS	Canadian Addiction Survey
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEDRO	Centrum voor Drugsonderzoek
CIV	Centraal Informatiepunt Voetbalvandalisme
CJIB	Centraal Justitieel Incasso Bureau
CMR	Centrale Methadon Registratie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COR	Continu Onderzoek Rookgewoonten
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CSV	Crimineel Samenwerkings Verband
CVA	Cerebraal Vasculaire Aandoening (beroerte)
CVS	Clïënt Volg Systeem
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DHD	Dutch Hospital Data
DIMS	Drugs Informatie- en Monitoringsysteem
DIS	DBC Informatiesysteem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DMS	Drug Monitoring Systeem
dNRI/O&A	dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke Politie Diensten, groep Onderzoek & Analyse
DOB	2,5-dimethoxy-4-bromoamfetamine
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (in het Nederlands: EWDD)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie
EWDD	Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (in het Engels: EMCDDA)

FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (studie)
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDL-C	High density lipoprotein cholesterol
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKS	Herkenningsdienstsysteem
ICD	International Classification of Diseases
IDG	Intraveneuze Drugsgebruiker
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
KLPD	Korps landelijke politiediensten
KMar	Koninklijke Marechaussee
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LIS	Letsel Informatie Systeem
LMR	Landelijke Medische Registratie
LOM	School voor kinderen met Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden
LSD	d-Lysergzuur-diethylamide
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
lwoo	leerwegondersteunend onderwijs
LZI	Landelijke Ziekenhuiszorg Informatie
MBDB	N-methyl-1-(3,4-methyleen-dioxyphenyl)-2-butanamine
mCPP	meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (metachloorpiperazine)
MDA	Methyleen-dioxyamfetamine
MDEA	Methyleen-dioxyethylamfetamine
MDMA	3,4-methyleen-dioxymethamfetamine
MGC	Monitor Georganiseerde Criminaliteit
MLK	School voor Moeilijk Lerende Kinderen
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MO/VB-regio	Regio voor de Maatschappelijke Opvang en het Verslavingsbeleid
MSM	Mannen die sex hebben met mannen
NDM	Nationale Drug Monitor
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NRI	Nationale Recherche Informatie
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie
OPS	Opsporingsregister
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PMA	Paramethoxyamfetamine
PMK	Piperonyl-methyl-keton
PMMA	Paramethoxymethylamfetamine
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
pro	praktijkonderwijs
REC-4	Regionaal Expertise Centrum, school voor speciaal onderwijs
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RISc	Recidive Inschattings Schalen
ROI	Rijden Onder Invloed
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAR	Stichting Alcohol Research
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SHM	Stichting HIV Monitoring
SIVZ	zie: IVZ
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland
SRM	Strafrechtmonitor
SSI	Stichting Sigarettenindustrie
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
TBS	Terbeschikkingstelling
THC	Tetrahydrocannabinol
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TRIAS	Transactie Registratie en Informatie Afhandelingssysteem
TULP	TenUitvoerLegging van vrijheidsbenemende maatregelen in Penitentiaire inrichtingen

UvA	Universiteit van Amsterdam
VBA	Verslavings Begeleidingsafdeling
v.i.	voorwaardelijke invrijheidstelling
VIS	Vroeghulp Interventie Systematiek
VMBO	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VMBO-p	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – praktijkgerichte leerweg
VMBO-t	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – theoretische leerweg
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation (Wereld Gezondheidsorganisatie)
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WVMC	Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën
WvS	Wetboek van Strafrecht
ZMOK	School voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zorgis	Zorginformatiesysteem GGZ

# Samenvatting

Hieronder volgt een beschrijving van de meest in het oog springende ontwikkelingen uit het Jaarbericht 2009. De tabellen 1a en 1b geven een overzicht van de laatste cijfers over het middelengebruik en de drugscriminaliteit. Het percentage recente gebruikers is het percentage dat het afgelopen jaar een middel heeft gebruikt en het percentage actuele gebruikers is het percentage dat in de laatste maand een middel heeft gebruikt.

## Drugs: gebruik en hulpvraag

### **Groot verschil cannabisgebruik regulier en speciaal onderwijs, hulpvraag blijft toenemen**

Het percentage actuele cannabisgebruikers onder scholieren van 12-18 jaar van het reguliere voortgezet onderwijs daalde geleidelijk tussen 1996 en 2007. Deze daling deed zich vooral voor onder jongens. In 2007 was 8 procent een actuele cannabisgebruiker, 6 procent van de meisjes en 10 procent van de jongens. Tussen 2003 en 2007 daalde het percentage jongens dat op heel jonge leeftijd (14 jaar) al ervaring had met cannabis van 21 naar 13 procent; onder 14-jarige meisjes was de daling van het ooitgebruik in deze periode minder groot (van 16 naar 12 procent).

Vergeleken met leerlingen van het reguliere voortgezet onderwijs komt cannabisgebruik veel vaker voor onder leerlingen van REC-4 scholen van het speciaal onderwijs. Het gaat om de scholen van een Regionaal Expertise Centrum voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen, langdurig zieke kinderen met een psychiatrische problematiek, leerlingen van scholen verbonden aan een Pedagogisch Instituut, het praktijkonderwijs (pro) en het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo). Zo is 41 procent van de 16-jarige scholieren van REC-4 scholen een actuele cannabisgebruiker vergeleken met 13 procent van de leeftijdgenoten van het regulier onderwijs. Ook het gebruik van andere drugs komt meer voor onder scholieren van REC-4 scholen. Verschillen in drugsgebruik tussen scholieren van leerwegondersteunend onderwijs, praktijkonderwijs en het regulier onderwijs zijn kleiner of afwezig. Overigens gaat het bij de leerlingen op speciale scholen om kleine aantallen (zie bijlage F).

Ondanks de dalende trend in het afgelopen decennium is het percentage cannabisgebruikers onder Nederlandse scholieren in 2007 relatief hoog vergeleken met scholieren uit andere Europese landen. Van de EU-15 ligt alleen het actuele cannabisgebruik onder Spaanse scholieren van 15-16 jaar hoger (20%). Daarna volgen Nederland en Frankrijk (beide 15%), Italië (13%), België (12%) en het Verenigd Koninkrijk (11%). In de andere landen varieerde het percentage actuele cannabisgebruikers tussen een en tien procent.

Tegenover de dalende/stabiliserende trend in het cannabisgebruik onder scholieren staat een gestage groei van aantal cliënten met een cannabisprobleem bij de verslavingszorg. Tussen 1994 en 2008 steeg het aantal primaire cannabiscliënten van 1 951 naar 8 410. Van 2006 naar 2007 ging het om een toename van 23 procent en van 2007 naar 2008 om een verdere toename van vijf procent. De stijging deed zich voor in alle leeftijdsgroepen. Het percentage jonge cannabiscliënten onder de twintig jaar blijft al jaren stabiel rond 15 procent. Ruim de helft van de cannabiscliënten had ook problemen met een of meer andere middelen. In algemene ziekenhuizen worden nog steeds weinig mensen opgenomen vanwege cannabisproblematiek als hoofddiagnose (57 opnames in 2008). Het aantal opnames met cannabismisbruik en –afhankelijkheid als nevendiagnose is groter (476 in 2008) en vertoont een stijgende lijn. Van 2007 naar 2008 ging het om een toename van 19 procent. Bij een kwart (26%) van de opnames met cannabisproblematiek als nevendiagnose vormden psychosen de hoofddiagnose.

Deze trend in de hulpvraag kan wijzen op een toename van het aantal probleemgebruikers van cannabis, maar eveneens op een verbetering van het hulpverleningsaanbod voor cannabisproblematiek, of een toenemende bewustwording van de verslavende eigenschappen van cannabis, waardoor gebruikers wellicht sneller hulp zoeken. Ongeveer 29 duizend mensen in de algemene bevolking van 18-64 jaar voldoen aan een diagnose cannabisafhankelijkheid en 40 duizend mensen voldoen aan een diagnose cannabismisbruik.

### **Geen verdere toename cocaïnehelpvraag**

Onder de schoolgaande jongeren van 12-18 jaar in het regulier onderwijs is het ooitgebruik van cocaïne tussen 1996 en 2007 licht gedaald van drie naar 1,7 procent. Het actuele gebruik bleef ongeveer op hetzelfde niveau (rond 1%). Vergeleken met leeftijdgenoten uit andere Europese landen nemen Nederlandse scholieren een middenpositie in.

Cocaïnegebruik, vooral in de snuifbare poedervorm, komt relatief veel voor onder jongeren en jonge volwassenen met een uitgaande leefstijl. Cocaïne wordt echter niet alleen in uitgaansgelegenheden geconsumeerd maar ook vaak thuis, zowel in het weekend als doordeweeks. Naar schatting twaalf procent van de bezoekers van landelijke en regionale party's was in 2008/2009 een actuele cocaïnegebruiker en vijf procent had tijdens de uitgaansavond cocaïne gebruikt. Onder bezoekers van clubs en discotheken lag het actuele cocaïnegebruik wat lager, variërend tussen regio's van drie tot zes procent. De rookbare variant ('crack') komt veel voor onder opiaatverslaafden, maar de harddrugscene kent ook crackgebruikers die geen opiaten consumeren. Hoeveel mensen lichamelijke, psychische of sociale problemen krijgen vanwege overmatig cocaïnegebruik is niet bekend. Wel registreerde de verslavingszorg tot 2004 een sterke groei van het aantal primaire cocaïnecliënten, van 2 500 in 1994 naar tienduizend in 2004. Deze stijging heeft zich niet voortgezet. In de periode tussen 2004 en 2008 voltrokken zich twee tegengestelde trends, namelijk een lichte daling in het aantal primaire crackcliënten en een lichte stijging van het aantal cliënten met een



snuifcoke probleem. Het *totale* aantal cocaïnecliënten (crack én snuifcoke) was in 2008 ongeveer op het niveau van 2004 (9 686 primaire en 7 581 secundaire cocaïnecliënten).

Het aantal ziekenhuisopnames waarbij cocaïnemisbruik of – afhankelijkheid als hoofd-diagnose stond geregistreerd is beperkt maar vertoont de laatste jaren een geringe stijging. In 2006, 2007 en 2008 ging het om respectievelijk 90, 114 en 131 opnames. Het aantal opnames waarbij cocaïneproblematiek als neventdiagnose stond geregistreerd is groter. In 2006, 2007 en 2008 ging het om respectievelijk 514, 607 en 617 gevallen. Over een langere periode bezien is er sprake van een geleidelijke stijging.

### **Aandeel jonge opiaatgebruikers in de zorg blijft beperkt**

Heroïne is niet populair onder jongeren. In 2007 had 0,8 procent van de scholieren van 12-18 jaar van het regulier onderwijs ervaring met deze drug en 0,4 procent gaf aan dit middel in de afgelopen maand te hebben gebruikt.

Volgens de laatste schatting voor 2008 bedraagt het aantal problematische opiaat-gebruikers in Nederland ongeveer 17 700 binnen een marge van 17 300 tot 18 100 problematische opiatengebruikers. Dat is minder dan een decennium geleden. De Nederlandse populatie opiaatgebruikers is in de loop der jaren gemiddeld steeds ouder geworden. Het aandeel jonge opiaatcliënten (15-29 jaar) bij de verslavingszorg daalde van 39 procent in 1994 naar 6 procent in 2005 en 2006 en stabiliseerde op 5 procent in 2007 en 2008. Tussen 2001 en 2004 daalde het totale aantal cliënten met een primair opiaatprobleem, van bijna 18 duizend naar 14 duizend en schommelde het tot 2007 rond dit niveau. In 2008 was het aantal opiaatcliënten (12 711) ongeveer acht procent lager dan in 2007. Slechts vijf procent van de opiaatcliënten klopte in 2008 voor het eerst aan voor hulp vanwege een drugsprobleem. De rest stond al eerder ingeschreven bij de verslavingszorg. De daling tussen 2002 en 2006 in het aantal opnames in algemene ziekenhuizen, waarbij opiaatproblematiek als neventdiagnose was gesteld stagneerde in de jaren er na. Tussen 2006 en 2008 is een lichte stijging (+14%) waarneembaar. Het aantal ziekenhuisopnames met opiaatproblematiek als hoofddiagnose blijft laag (79 in 2008).

Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterend drugsgebruikers is al jaren laag. Het aantal bestaande besmettingen, vooral met hepatitis C, in steden die daar gegevens over hebben, is echter hoog. Voor verreweg de meeste regio's in Nederland ontbreken cijfers over het vóórkomen van hepatitis C onder drugsgebruikers.

### **Toename amfetaminecliënten, maar aantal blijft laag**

Het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers van amfetamine onder scholieren van het regulier onderwijs vertoont tussen 1996 en 2007 een dalende lijn. Deze daling deed zich met name voor tussen 1996 en 1999. In 2007 had 1,9 procent van de scholieren van 12-18 jaar ooit amfetamine gebruikt en 0,8 procent deed dit nog in de afgelopen maand. Vergeleken met andere Europese landen is het percentage amfetaminegebruikers onder Nederlandse scholieren relatief laag.

Amfetamine is iets populairder onder jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven, maar aanzienlijk minder dan ecstasy. In 2008/2009 was zeven procent van de bezoekers van landelijke en regionale party's een actuele amfetaminegebruiker. Ondanks signalen over een groeiende populariteit onder jongeren uit de provincie is het percentage actuele gebruikers van amfetamine onder clubbezoekers het hoogst in het westen (5,4%) en het laagst in het zuiden van het land (1,7%).

Het aantal amfetaminegebruikers dat aanklopte bij de verslavingszorg verdrievoudigde van tussen 2001 en 2007 en stabiliseerde in 2008 op 1 446 cliënten. Het aandeel van amfetamine op alle hulpvragen voor drugsproblematiek bij de verslavingszorg bleef al die jaren gering (tussen 2 en 4%). Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen met misbruik en afhankelijkheid van amfetamine-achtigen (inclusief ecstasy) als hoofddiagnose blijft beperkt. In 2008 ging het om 54 opnames. Van 2006 naar 2007 deed zich wel een toename voor van het aantal nevend diagnoses in verband met afhankelijkheid en misbruik van amfetamine-achtigen, van 88 naar 136, een trend die zich in 2008 in mindere mate voortzette (145 opnames). Mogelijk hangen deze trends in de hulpvraag samen met een toename in het aantal probleemgebruikers van amfetamine, maar cijfers hierover ontbreken.

### **Ecstasygebruik zelden reden voor hulpvraag**

Het ecstasygebruik onder scholieren vertoont tussen 1996 en 2007 een dalende lijn. In 2007 had 2,4 procent van de scholieren van 12-18 jaar van het voortgezet regulier onderwijs ervaring met ecstasy en 0,8 procent had deze drug in de afgelopen maand nog gebruikt.

Ecstasy blijft na cannabis de meest populaire illegale drug onder jongeren en jonge volwassenen in het uitgaansleven. In 2008/2009 was een kwart (24%) van de bezoekers van landelijke en regionale party's en festivals een actuele ecstasygebruiker. Bijna een op de vijf (18%) had tijdens de uitgaansavond nog gebruikt, maar dit percentage verschilde sterk tussen uitgaansgelegenheden. Onder bezoekers van clubs en discotheken varieerde het percentage actuele ecstasygebruikers van vijf procent in het noorden tot twaalf procent in het westen van Nederland.

Onbekend is het aantal mensen dat problemen krijgt vanwege ecstasygebruik. Ecstasygebruikers zoeken in elk geval niet vaak hulp bij de verslavingszorg. Het aandeel ecstasycliënten van alle drugscliënten in de verslavingszorg is al jaren gering (1%) en daalt licht. In 2008 ging het om 191 mensen met een primair ecstasyprobleem, in 2007 om 239. Drie keer zoveel cliënten noemen ecstasy als secundair probleem (571 in 2008). Ecstasygebruik kan een verstoring geven van hersenfuncties, vooral van het verbale geheugen. De effecten zijn echter doorgaans klein en andere factoren spelen mogelijk ook een rol (oververhitting, andere drugs, bestaande ziekten en kenmerken).

### **Toename GHB incidenten**

Het gebruik van GHB lijkt onder de algemene bevolking en onder scholieren van het regulier onderwijs weinig voor te komen. In 2007 had 0,6 procent van de scholieren van 12-18 jaar ervaring met GHB. Hogere percentages worden gevonden onder scholieren van speciale scholen en jongeren in de jeugdzorg. Zo heeft 7,1 procent van de 16-jarigen van REC-4 scholen en 7 procent van de jongeren in de jeugdzorg ooit GHB gebruikt. Ook uitgaande jongeren en jongvolwassenen hebben vaker ervaring met GHB. In 2008/2009 had 4,6 procent van de bezoekers van landelijke en regionale party's in de afgelopen maand GHB gebruikt. Onder bezoekers van clubs en discotheken lag het percentage actuele gebruikers tussen een en twee procent.

GHB-gebruik, vooral dagelijks, kan tot afhankelijkheid leiden, en bij abrupte stopzetting tot vrij heftige onthoudingsverschijnselen. De hulpvraag vanwege GHB verslaving bij een aantal instellingen voor verslavingszorg is de afgelopen jaren toegenomen maar landelijke cijfers ontbreken. GHB is lastig te doseren en het risico op een overdosering is groot. Het aantal GHB slachtoffers bij spoedeisende eerste hulpdiensten is tussen 2003 en 2008 verviervoudigd tot naar schatting 980. Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is. In 2008 registreerde de Doodsoorzakenstatistiek vier gevallen waarbij GHB betrokken was. Consumenten betaalden in 2008 circa zes euro per dosis van 5 ml.

## **Alcohol en tabak: gebruik en hulpvraag**

### **Daling alcoholgebruik 12-14-jarigen, toename hulpvraag**

In 2008 drinkt 81 procent van de algemene bevolking van 12 jaar en ouder 'wel eens alcohol'. Dit percentage is al jaren stabiel. Zwaar drinken (op één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol drinken) komt voor bij tien procent van de bevolking, 17 procent onder mannen en vier procent onder vrouwen. Dat komt neer op in totaal 1,4 miljoen mensen. In 2001 was nog veertien procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker. De licht dalende trend deed zich voor in alle leeftijdsgroepen tot 65 jaar en onder zowel mannen als vrouwen. Er zijn grote verschillen tussen leeftijdsgroepen, vooral als het om wat forser alcoholgebruik gaat. Zo was in 2008 bij 37 procent van de mannen en 12 procent van de vrouwen van 18-24 jaar sprake van zwaar drinken.

Het alcoholgebruik onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2007 afgenomen, maar alleen onder 12-14 jarigen. In 2007 was 32 procent van de scholieren in deze leeftijdsgroep een actuele drinker, in 2003 was dat 47 procent. Onder 15-18 jarigen bleef het gebruik stabiel (76% in 2003 en 75% in 2007). Ook het percentage scholieren van 12-14 jaar dat in de afgelopen vier weken wel eens vijf glazen of meer alcohol bij één gelegenheid heeft gedronken ('binge drinken') daalde tussen 2003 en 2007 (28% in 2003 versus 19% in 2007). Binge drinken kwam in

2007 onder ruim de helft van de 15-18 jarige scholieren voor, even veel als in 2003 (respectievelijk 57% en 56%). De populariteit van breezers is gedaald. Dronk in 2003 nog 29 procent van de scholieren van 12-18 jaar wekelijks breezers, in 2007 was dit nog maar 16 procent.

Vergeleken met andere landen van Europa (EU-15) blijven Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar qua alcoholgebruik tot de hoogste regionen behoren. Op de maat "minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling" werd Nederland in 2007 alleen overtroffen door Oostenrijk (respectievelijk 24% en 30%). Ouders onderschatten doorgaans de hoeveelheid alcohol die hun kind drinkt.

Ondanks een wettelijk verbod kunnen jongeren onder de zestien jaar nog steeds gemakkelijk alcoholhoudende dranken verkrijgen, als zij daartoe een poging doen. De slaagkans is echter wel gedaald in slijterijen. Tussen 2001 en 2007 doet zich ook een daling voor in het percentage minderjarige jongeren dat aangeeft daadwerkelijk (illegaal) drank te bestellen of kopen. Toch had in 2007 de helft van de jongeren (49%) van 13-17 jaar in de maand voorafgaand aan de meting sterke drank besteld in horecagelegenheden. In slijterijen was dit maar twee procent.

Van de circa 1,2 miljoen probleemdrinkers vraagt slechts een klein deel hulp bij de verslavingszorg (3%), maar hun aantal groeit. In 2008 zijn ruim 33 duizend cliënten behandeld voor een primair alcoholprobleem. Dit is even veel als in 2007, maar 10 procent meer dan in 2006 en 48 procent meer dan in 2001. De piek lag in 2008 in de leeftijdsgroep 40-54 jaar. In ziekenhuizen steeg het aantal opnames vanwege een hoofddiagnose alcoholmisbruik- en afhankelijkheid, van ruim 5 600 in 2007 naar bijna 6 duizend in 2008 (+6%). Het aantal opnames waarvoor deze stoornissen als nevendiagnose stonden geregistreerd is ruim twee keer zo groot en steeg van bijna 12 duizend naar ruim 13 700 (+15%). Onder jongeren en kinderen van 16 jaar of jonger met een alcoholgerelateerde opname werd een toename geregistreerd van 263 in 2001 naar 711 in 2008 (+170%).

### **Aantal rokers onder jongeren niet verder gedaald**

Tussen 2004 en 2007 schommelde het percentage rokers onder Nederlanders van 15 jaar en ouder rond hetzelfde niveau. Van 2007 naar 2008 trad weer een geringe daling op in het percentage rokers, maar het verschil is klein (respectievelijk 27,5% en 26,7%). Het percentage zware rokers (20 sigaretten per dag of meer) daalde eveneens licht, van 7,2 naar 6,7 procent onder mensen van 12 jaar en ouder.

Onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs is het percentage actuele rokers, na een forse daling tussen 1996 en 2003, in 2007 gestabiliseerd op 19 procent. Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes.

In 2008 hebben in totaal 1,4 miljoen mensen een poging gedaan om te stoppen met roken. Bij de hulpvraag voor tabaksverslaving gaat het in hoofdzaak om zelfzorg en het

zoeken van hulp bij de huisarts. De markt voor nicotinevervangende middelen (pleisters, kauwgom, tabletten) nam tussen 2007 en 2008 verder toe. Diverse campagnes stimuleren rokers om te stoppen met roken.

Voor het jaar 2005 werd geschat dat er ongeveer negentig duizend klinische ziekenhuisopnamen plaatsvonden onder mensen van 35 jaar en ouder vanwege rokengerelateerde ziektes. De daling in roken onder scholieren kan op termijn leiden tot een aanzienlijke gezondheidswinst, vooral een daling in het aantal gevallen van chronische luchtwegobstructie en longkanker.

## **Sterfte**

Roken is in Nederland nog steeds de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. In 2008 overleden ruim 19 300 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken, ongeveer even veel als in 2007. De sterfte aan longkanker is de belangrijkste aan roken gerelateerde doodsoorzaak en deze sterfte nam tussen 2003 en 2008 iets toe, vooral onder vrouwen. In deze aantallen zijn nog niet de sterfgevallen vanwege passief meeroken verdisconteerd. In 2008 waren alcoholgerelateerde aandoeningen de directe aanleiding voor 765 sterfgevallen; in nog bijna duizend gevallen stonden alcoholgerelateerde aandoeningen als secundaire doodsoorzaak geregistreerd. De stijging in de totale sterfte door alcoholgerelateerde aandoeningen vanaf begin jaren negentig zette zich tussen 2004 en 2008 niet door. De sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen en tabak is vele malen groter dan de (hard)drugssterfte. In 2008 overleden 129 drugsgebruikers aan de gevolgen van een overdosis, meer dan in 2007 (99). In de afgelopen tien jaar fluctueert dit aantal tussen ongeveer 100 en 140 gevallen. Slechts een op de vijf slachtoffers is jong (tussen 15 en 34 jaar). Tien jaar geleden was dat nog bijna de helft (47%). Vergeleken met een aantal andere Europese lidstaten blijft de acute drugssterfte in Nederland gering.

## **Markt**

### **Toename versnijdingsmiddelen in ecstasy en cocaïne**

Al jaren bevatten 'ecstasy-pillen' op consumentenniveau overwegend MDMA-achtigen (in 2007 91% van de geteste pillen). Aan het einde van 2008 en in de eerste helft van 2009 daalde echter het aandeel pillen dat MDMA bevatte sterk en nam het aandeel pillen met al dan niet farmacologisch vergelijkbare stoffen (zoals mCPP) sterk toe. In de eerste helft van 2009 bevatte nog maar 70 procent van de ecstasy-pillen MDMA. In cocaïnemonsters worden in toenemende mate geneesmiddelen aangetroffen, vooral levamisol, een middel dat niet meer voor humaan geneeskundig gebruik is geregistreerd. De gezondheidsrisico's van snuiven of roken van met levamisol versneden cocaïne zijn niet precies bekend. In de Verenigde Staten zijn gevallen van ernstige bloedziekten gerapporteerd.

Het gemiddelde THC-gehalte (het belangrijkste werkzame bestanddeel van cannabis) in nederwiet is tussen 2004 en 2007 gedaald van 20 naar 16 procent, en in de jaren er na op dit niveau gestabiliseerd. In 2009 was het gemiddelde percentage THC in nederwiet 15 procent. De gemiddelde prijs voor een gram nederwiet is in de afgelopen jaren licht gestegen. In 2009 was de gemiddelde prijs 8,1 euro per gram voor de soort die als meest populair was aangekocht en 10,5 euro voor de 'meest sterke' variant. Er zijn geen aanwijzingen dat cannabis die verzaaid is met loodpareltjes of glasdeeltjes via coffeeshops de markt bereikt. Over de aanwezigheid van andere stoffen in nederwiet, zoals pesticiden, en de mate waarin deze schadelijk zijn voor de gezondheid van de cannabisgebruiker is weinig bekend.

## **Delicten tegen de Opiumwet**

### **Opsporingsonderzoeken naar ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit zijn meestal drugsgerelateerd**

De opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit zijn ook in 2007 en 2008 in meerderheid gericht op drugs. Meestal gaat het om organisaties die zich bezighouden met harddrugs en de meest genoemde drug hierbij is cocaïne. Het aandeel van de onderzoeken die te maken hebben met harddrugs daalde in 2008, terwijl het aandeel zaken met alleen softdrugs – en dan met name nederwiet - toenam.

### **De instroom van Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen daalt licht**

Het algemene beeld over 2007 en 2008 is dat van (zeer) lichte dalingen van de ingestroomde en afgedane Opiumwetdelicten. Dit geldt zowel voor het aantal verdachten bij de politie en de Koninklijke Marechaussee als voor de instroom en de afdoeningen van Opiumwetzaken bij het OM en de rechter.

2004 was een 'piekjaar' wat betreft Opiumwetdelicten in de strafrechtsketen. Sindsdien zette een stabilisatie in met recent (zeer) lichte afnames. De dalende trend is het duidelijkst bij harddrugsdelicten. Het aandeel hard- en softdrugsdelicten nadert elkaar sinds 2004. Bij het OM is het aandeel in 2008 praktisch gelijk.

Het aandeel van Opiumwetdelicten op het totaal van alle delicten is de laatste jaren redelijk constant; blijkbaar volgen Opiumwetdelicten dezelfde lijn als het totaal van alle delicten.

### **Dagvaardingen en straffen**

Tweederde van de Opiumwetdelicten wordt gedagvaard. Het aandeel dagvaardingen is in 2008 gedaald ten opzichte van 2007. Er zijn opmerkelijke verschillen tussen hard- en softdrugszaken: zaken met harddrugs en vooral zaken waarbij het gaat om hard- én softdrugs worden vaker gedagvaard dan softdrugszaken.

De rechter legt meestal een taakstraf of een (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf op. Het aantal taakstraffen is sinds enkele jaren hoger dan het aantal van deze vrijheidsstraffen. (Deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen zijn vooral opgelegd voor smokkel,

productie of handel in harddrugs, taakstraffen vooral voor smokkel, productie of handel in softdrugs. Het aantal vrijheidsstraffen voor Opiumwettelijke delicten neemt de laatste jaren af, het aandeel bleef constant.

## **Delicten gepleegd door gebruikers**

### **Drugsgebruikers plegen minder vermogensdelicten maar meer geweldsdelicten**

De daling van de criminaliteit in Nederland, en dan met name de aanzienlijke daling van vermogensdelicten, lijkt deels te verklaren door een afname van de criminaliteit van de opiaatgebruikers. Er komen namelijk minder problematische drugsgebruikers met hoge criminele recidive het strafrechtelijk systeem binnen, met name minder verslaafden met opiaten als primair probleemmiddel die voornamelijk vermogensdelicten plegen. Drugsgebruikers plegen evenwel meer geweldsdelicten dan voorheen, hetgeen mogelijk verklaard kan worden door een toename van het crackgebruik.

### **Aandeel gedetineerden dat een probleem heeft met drugsgebruik onveranderd**

Blijkens recente onderzoeken onder Nederlandse gedetineerden kampt circa 30 tot 38 procent met problematisch drugsgebruik of een drugsverslaving in het jaar voorafgaand aan de detentie. Onder de zeer actieve veelplegers en de personen met de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor stelselmatige daders bevinden zich veel problematische drugsgebruikers.

### **Verslavingsreclassering steeds vaker ingeschakeld**

De verslavingsreclassering begeleidt steeds meer cliënten. In 2007 en 2008 waren het er 17 tot ruim 18 duizend. Ook het aantal activiteiten van de verslavingsreclassering vertoont een toenemende trend. Er is met name vaker toezicht uitgeoefend, er zijn meer diagnoses gesteld (waartoe ook de afname van de Recidive Inschattingsschalen wordt gerekend) en meer rapporten opgesteld.

### **De Inrichting voor Stelselmatige Daders**

In 2007 kwamen er 295 nieuwe ISD'ers binnen, in 2008 292. Gemiddeld per maand waren het er 662 in 2007 en 607 in 2008. De meesten volgen een regime met gedragsinterventies in de penitentiaire inrichting of daarbuiten. Een minderheid van 21 tot 24 procent verblijft in basisregime zonder gedragsinterventies.

Tabel 1a Kerncijfers Middelengebruik

	Cannabis	Cocaïne	
<b>Gebruik algemene bevolking (2005)</b>			
- Percentage recente gebruikers <sup>I</sup>	5,4%	0,6%	
- Percentage actuele gebruikers <sup>I</sup>	3,3%	0,3%	
- Trend recent gebruik (2001-2005)	Stabiel	Stabiel	
- Internationale vergelijking	Iets onder gemiddelde	Onder gemiddelde	
<b>Gebruik jongeren, scholieren (2007)</b>			
- Percentage actuele gebruikers, 12-18 jaar	8%	0,8%	
- Trend 12-18 jaar (1996-2007)	Daling	Stabiel	
- Internationale vergelijking, 15/16 jaar	Boven gemiddeld	Gemiddeld	
<b>Aantal probleemgebruikers</b>			
	29 300 (afhankelijkheid) 40 200 (misbruik)	Onbekend	
<b>Aantal cliënten verslavingszorg (2008)</b>			
- Middel als primair probleem	8 410	9 686	
- Middel als secundair probleem	5 940	7 581	
- Trend (2002-2008)	Stijging	Stijging tot 2004, daarna stabilisering	
<b>Aantal ziekenhuisopnames (2008)</b>			
- Misbruik/afhankelijkheid als hoofddiagnose	57	131	
- Misbruik/afhankelijkheid als nevendiagnose	476	617	
- Trend (2002 – 2008)	Stijging	Stijging	
<b>Geregistreerde sterfte (2008)<sup>V</sup></b>			
	Geen primaire sterfte	22 (primair)	

*I. Recent gebruik is gebruik in het afgelopen jaar, actueel gebruik is gebruik in de laatste maand.*

*j = jongens, m = meisjes. II. Tussen 2003 en 2007. III. Schatting uit 2003. Circa 478.000 mensen voldeden*

*in 2007-2009 aan een diagnose alcoholmisbruik of – afhankelijkheid. IV. Gebaseerd op de zware rokers*

*(20 of meer sigaretten per dag). V. Primaire sterfte: middel als primaire (onderliggende) doodsoorzaak.*

*Secundaire sterfte: middel als secundaire doodsoorzaak (bijdragende factor of complicatie). VI. Hierbij is*

*de sterfte aan verkeersongevallen en sterfte geassocieerd met kanker nog niet meegerekend.*



	Opiaten	Ecstasy	Amfetamine	Alcohol	Tabak
	<0,1% <0,1%	1,2% 0,4%	0,3% 0,2%	85% 78%	- 26,7% (2008)
	Stabiel	Stabiel	Stabiel	Stabiel	Daling
	Laag/midden	Boven gemiddelde	Onder gemiddelde	Gemiddeld	Gemiddeld
	0,4%	0,8%	0,8%	51%	19%
	Stabiel	Daling	Daling	Daling <sup>II</sup>	Daling
	Gemiddeld	Boven gemiddelde	Beneden gemiddelde	Hoog	Gemiddeld
	17 300 – 18 100	Onbekend	Onbekend	1 200 000 <sup>III</sup>	±1 000 000 <sup>IV</sup>
	12 711 1 923	191 571	1 446 910	33 205 5 528	n.v.t.
	Daling	Stabiel, geringe daling vanaf 2005	Stijging	Stijging	n.v.t.
	79 542	54 145		5 983 13 717	Onbekend
	Daling	Stijging		Stijging	Onbekend
	52 (primair)	<5		765 (primair) <sup>VI</sup> 1 009 (sec.)	19 357 (primair+sec.)

Tabel 1b Kerncijfers Drugscriminaliteit: Opiumwettdelicten in de strafrechtsketen<sup>1</sup>

Fase in keten	Aantal verdachten politie/KMar 2007	Aantal zaken OM 2008	Afdoeningen rechter 1 <sup>e</sup> aanleg 2008	Vrijheidsstraffen 2007
<b>Aantal Opiumwet</b>				
- Totaal	21 477	18 785	11 487	4 165
- Harddrugs	10 709	9 086	5 835	n.b.
- Softdrugs	7 870	8 977	5 210	n.b.
- Beide	2 804	651	436	n.b.
- <b>Ontwikkeling 2006-2007/2008</b>	(Zeer) lichte daling	Lichte daling	Daling	Daling
- <b>Globale trend 2002-2007/2008</b>	Toenames tot 2004, sindsdien stabiel op relatief hoog niveau, harddrugs licht dalend sinds 2005, softdrugs toename in 2005, daarna licht dalend	Toenames tot 2004, daarna dalend/licht dalend. Harddrugs dalend sinds 2005, softdrugs redelijk stabiel sinds 2005, licht dalend na 2006	Gaat op en neer. Daling harddrugs sinds 2003, toename softdrugs tot 2006, daarna daling	Toename tot 2003, daarna daling
<b>% Opiumwet op totaal</b>	7%	7%	8%	17%
- <b>Ontwikkeling % 2006-2007/2008</b>	Stabilisatie	Stabilisatie	Stabilisatie	Stabilisatie

1. Over verdachten bij politie/KMar en vrijheidsstraffen zijn cijfers tot en met 2007 beschikbaar; over zaken ingestroomd bij OM en afgedaan door rechter tot en met 2008. Bronnen: HKS, KLPD/DNRI; OMDATA, WODC.

# 1 Inleiding

## De Nationale Drug Monitor

In Nederland volgen tal van monitors de ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik. Ook verschijnen er in hoog tempo wetenschappelijke publicaties over gebruikspatronen, preventie van middelengebruik en behandelwijzen. Voor beleidsmakers en professionals in de praktijk en diverse andere doelgroepen biedt de Nationale Drug Monitor (NDM) een actueel overzicht in deze grote stroom van informatie.

Het primaire doel van de NDM is om gecoördineerd en consistent gegevens over ontwikkelingen in middelengebruik te verzamelen op basis van bestaand onderzoek en registraties en deze kennis te bundelen en te vertalen in een aantal kernproducten, zoals Jaarberichten en thematische rapporten. Deze doelstelling sluit aan op het huidige streven naar het op feiten baseren van beleid en praktijk.

De NDM is in 1999 opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de minister van VWS. Drugsbeleid kent echter niet alleen volksgezondheidsaspecten, maar ook aspecten van criminaliteit en overlast. Sinds 2002 ondersteunt ook het ministerie van Justitie de NDM.

De NDM behartigt de volgende functies:

- Overkoepeling van en afstemming tussen de in Nederland lopende peilingen en registraties van het gebruik van genotmiddelen (drugs, alcohol, tabak) en verslaving. De NDM streeft naar verbetering en harmonisatie van monitoringactiviteiten in Nederland, rekening houdend met internationale richtlijnen voor gegevensverzameling.
- Synthese van gegevens en rapportage aan nationale overheden en aan internationale en nationale instanties. Tot de internationale organisaties waaraan de NDM rapporteert horen de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie), de Verenigde Naties en het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

In de NDM staan het verzamelen en integreren van cijfers centraal. Dit gebeurt volgens een beperkt aantal kernindicatoren, ofwel barometers voor beleid, die zijn overeengekomen door de lidstaten van de Europese Unie in het kader van het EMCDDA. Het gaat daarbij om gegevens over:

- middelengebruik in de algemene bevolking
- problematisch gebruik en verslaving
- beroep op de hulpverlening
- ziekte in relatie tot middelengebruik
- en sterfte in relatie tot middelengebruik.

Het idee achter deze vijf kernindicatoren is dat de drugsituatie in een land ernstiger is naarmate er méér drugsgebruik voorkomt in de algemene bevolking, er méér problematische drugsgebruikers en verslaafden zijn, er méér een beroep wordt gedaan op de hulpverlening en er méér ziekte en sterfte voorkomt in relatie tot drugsgebruik. Trends in deze indicatoren kunnen echter door meer factoren worden beïnvloed dan alleen de drugsproblematiek. Voor een nadere toelichting verwijzen we naar kader 1.

Voor zover beschikbaar zijn ook gegevens opgenomen over aanbod en markt, zoals de prijs en kwaliteit van drugs. De NDM rapporteert ook over de geregistreerde drugscriminaliteit en de strafrechtelijke reactie hierop. Dit gebeurt eveneens volgens een serie indicatoren, waarvoor het WODC gegevens verzamelt (Meijer, Aidala, Verrest, Van Panhuis en Essers, 2003; Snippe, Hoogeveen en Bieleman, 2000).

### **Wat betekenen de epidemiologische kernindicatoren?**

De kernindicatoren van het EMCDDA zijn bedoeld om de stand van de drugsproblematiek weer te geven en ontwikkelingen te kunnen monitoren. Ook dienen zij bij te dragen aan een bredere analyse van beleidsuitkomsten, al kleven hier veel haken en ogen aan (Van Laar en Van Ooyen, 2009). Het EMCDDA heeft voor vijf drugsindicatoren protocollen ontwikkeld, die de EU-lidstaten moeten gebruiken bij de gegevensverzameling (EMCDDA, 2009). Doel is dat op Europees niveau gegevens over drugsgebruik en de gevolgen daarvan tussen landen (beter) vergelijkbaar zijn. Ondanks duidelijke vooruitgang is dit einddoel nog niet bereikt. Verschillen tussen landen, zeker als deze klein zijn, moeten daarom nog steeds voorzichtig worden geïnterpreteerd. In dit jaarbericht wordt de situatie rondom de consumptie van alcohol en tabak ook aan de hand van deze indicatoren beschreven; deze gegevens zijn op een paar uitzondering na niet op een internationaal gestandaardiseerde wijze verzameld.

### ***Middelengebruik in de algemene bevolking (en scholieren)***

Bevolkingsonderzoeken naar middelengebruik geven zicht op de omvang van het gebruik en risicogroepen en - indien periodiek uitgevoerd volgens de zelfde methode – ontwikkelingen hierin. Bij de beschrijving van het gebruik van alcohol en drugs worden doorgaans verschillende groepen gebruikers onderscheiden. De grootste groep bestaat uit mensen die ooit in hun leven één of meer keer alcohol en/of drugs hebben geconsumeerd (ooitgebruik), al is dat jaren geleden. Een betere indicator van actuele ontwikkelingen vormt het percentage mensen dat pas nog, in het laatste jaar of maand, een middel heeft gebruikt (recent en actueel gebruik).

De wijze waarop de vragen worden gesteld (bijv. schriftelijk, telefonisch of 'face-to-face') en de interviewomstandigheden (bijv. aanwezigheid van een ouder) kunnen van invloed zijn op de geneigdheid om middelengebruik 'toe te geven'. Gezien het relatief liberale klimaat in Nederland ten aanzien van drugsgebruik, vooral van

cannabis, zal onderrapportage van drugsgebruik in Nederland minder voorkomen dan in landen met een repressief beleid waar wettelijke en/of sociale sancties staan op het gebruik van drugs. Toch suggereert het Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik (NPO) 2005 naar het middelengebruik in de algemene bevolking dat ook in Nederland illegaal drugsgebruik blijkbaar een gevoelig onderwerp is (Rodenburg et al., 2007). Van belang is verder de mate waarin de aangezochte 'respondenten' daadwerkelijk aan de peiling meedoen. Dat kan uiteenlopen van minder dan 50 tot bijna 100 procent. Een lage 'respons' doet twifelen aan de betrouwbaarheid van de bevindingen.

Trends in de prevalentie van middelengebruik zijn vaak lastig te duiden vanwege de tal van op elkaar inwerkende factoren die hier op van invloed kunnen zijn. Voorbeelden van zulke factoren zijn nationaal en internationaal beleid; effectieve interventies; productie, beschikbaarheid en toegankelijkheid van drugs en andere middelen; economische factoren (zoals inkomen); waargenomen risico's van gebruik; de sociale omgeving; en cultuur, leefstijl en modes, en de rol die het middelengebruik hierbij speelt.

#### ***Problematisch middelengebruik***

Er is geen algemeen geldende definitie van 'problematisch gebruik'. Het EMCDDA hanteert voor problematisch drugsgebruik de volgende definitie: "injecterend drugsgebruik of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamines". Dit is een brede definitie waarin ook harddrugsgebruikers die bijvoorbeeld methadon ontvangen en sociaal goed functioneren worden meegerekend. In Nederland worden op lokaal en nationaal niveau uiteenlopende definities gebruikt en vergelijkingen moeten derhalve met grote voorzichtigheid worden gemaakt. Voor andere middelen, zoals cannabis en alcohol, worden vaak de criteria van misbruik en afhankelijkheid volgens internationale classificatiesystemen gebruikt, zoals de DSM of ICD.

In onderzoek naar middelengebruik in de algemene bevolking worden respondenten doorgaans geselecteerd op basis een willekeurige steekproef uit het bevolkingsregister. Gemarginaliseerde groepen, zoals chronische harddrugsgebruikers, die geregeld in instellingen verblijven of geen vast woonadres hebben, zijn dus sterk ondervertegenwoordigd in dit type onderzoek. Voor het schatten van de omvang van de groep probleemgebruikers van harddrugs zijn daarom tal van speciale technieken ontwikkeld. Voorbeelden zijn de capture-recapture methode en de 'multiplier' methode. Deze methoden zijn er op gebaseerd dat een deel van de drugsgebruikers in het vizier is van de hulpverlening en/of de politie en als zodanig zijn geregistreerd. Een ander deel komt niet in contact met deze registrerende instellingen, de zogenaamde 'verborgen populatie'. Dit deel kan worden bijgeschat met bepaalde statistische technieken om tot een totaalschatting van de groep probleemgebruikers te komen. Bedacht moet worden dat dergelijke prevalentie schattingen doorgaans een behoorlijke foutenmarge kennen en weinig nauwkeurig zijn.

### **Hulpvraag**

Een deel van de probleemgebruikers van alcohol of drugs zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg of wordt opgenomen in een ziekenhuis. Gegevens over de omvang van aantallen cliënten en cliëntprofielen geven informatie over (trends) in de hulpvraag en dragen bij aan het plannen en evalueren van de zorg aan alcohol- en drugsgebruikers. Ook kunnen deze gegevens een indirecte indicator zijn van trends in het probleemgebruik maar andere factoren, zoals de omvang en kwaliteit van het behandel aanbod, registratieproblemen, of veranderingen in het doorverwijzen (bijv. meer via de eerstelijnszorg), kunnen echter evenzeer van invloed zijn op het aantal geregistreerde cliënten. Ook moet worden bedacht dat mensen die bij de hulpverlening komen in zekere zin 'atypisch' zijn voor de totale groep mensen met een verslavingsprobleem. Er zijn indicaties dat verslaafden die hulp vragen erger aan toe zijn dan verslaafden die dat nog niet doen. Zo komen (comorbide) psychische problemen doorgaans vaker voor bij cliënten van de verslavingszorg, dan bij mensen die 'alleen' met een verslavingsprobleem kampen.

### **Drugsgelateerde infectieziekten**

Het EMCDDA focust op het monitoren van de prevalentie van infecties met hiv en hepatitis B en C onder injecterende drugsgebruikers. Deze gegevens zijn belangrijk voor het vaststellen van prioriteiten voor preventie, het inschatten van de (toekomstige) ziektelast en maatschappelijke kosten, en het monitoren van de effecten van preventieve interventies. Deze indicator is het minst gestandaardiseerd. De bronnen die beschikbaar zijn in de lidstaten lopen sterk uit een, namelijk van steekproeven van drugsgebruikers (de gouden standaard), gegevens van screenings van drugsgebruikers in behandeling of in gevangenissen, case reports en meldingen van gediagnosticeerde gevallen van hiv en hepatitis. Bovendien zijn er grote verschillen in dekkingsgraad (lokaal, regionaal, nationaal). In absolute zin zijn de gegevens tussen landen derhalve niet goed vergelijkbaar. Wel geven zij doorgaans een indicatie van ontwikkelingen in besmettingsgraad. Ook in Nederland zijn de gegevens gefragmenteerd, maar kunnen op basis van verschillende bronnen wel voorzichtig uitspraken worden gedaan over trends in de problematiek.

### **Sterfte gerelateerd aan alcohol en/of drugs**

Sterfte door overdosis of andere oorzaken die samenhangen met middelengebruik worden gezien als meest ernstige en extreme gevolg van middelengebruik. Gegevens over omvang en aard van de sterfgevallen zijn bruikbaar om trends in probleemgebruik en risicogedrag (injecteren, polydruggebruik) te monitoren. In veel landen vormt de algemene doodsoorzakenstatistiek de bron voor acute drugssterfte ('overdosis'). Volgens het EMCDDA protocol gebeurt dit door gevallen te selecteren volgens een vastgestelde selectie van ICD-9 of ICD-10 codes, die betrekking hebben op de aard van de sterfte (accidenteel, opzettelijk, opzet onbekend) en

soorten drugs. Er zijn verschillen tussen landen in de procedures om de doodsoorzaak vast te stellen, met name de aard van het post-mortem onderzoek (bijv. wel of geen toxicologische analyses). In landen waar bij vermoeden van een onnatuurlijke doodsoorzaak standaard post-mortem onderzoek wordt verricht is de kans op het ontdekken van een drugssterfgeval groter dan in landen waar dat niet gebeurt en/of waar de doodsoorzaak alleen op basis van uiterlijke kenmerken en omstandigheden wordt vastgesteld. Ook indien toxicologische gegevens beschikbaar zijn wordt deze informatie lang niet altijd gebruikt voor het coderen van de sterfte in de doodsoorzakenstatistiek. Dergelijke verschillen kunnen hun weerslag hebben op de vergelijkbaarheid van gegevens tussen landen. Drugsgebruikers kunnen ook door andere oorzaken dan een overdosis overlijden. Deze oorzaken kunnen los staan van het drugsgebruik (bijvoorbeeld ouderdom) of hieraan gerelateerd zijn (zoals een uitputtende leefstijl, infectieziekten door injecteren). Deze algehele sterfte onder drugsgebruikers wordt in kaart gebracht in cohort onderzoek waarin drugsgebruikers over de jaren heen worden 'gevolgd'.

Voor de alcoholgerelateerde sterfte is een standaardprotocol niet beschikbaar. In de internationale literatuur zijn wel ICD-codes te traceren die worden gebruikt voor het bepalen van sterfte die gerelateerd is aan alcoholgebruik (WHO, 2000; Heale et al., 2002). Deze codes worden in dit jaarbericht gebruikt indien alcoholgebruik expliciet als oorzaak staat genoemd. De cijfers weerspiegelen vrijwel zeker een onderschatting van de totale alcoholsterfte omdat de rol van alcoholgebruik bij de sterfte niet altijd herkend wordt.

## Samenwerkingsverband

De NDM steunt op de inbreng van vele deskundigen. Uitvoerders van tal van lokale en nationale monitoringprojecten, registrerende instanties en andere organisaties leveren bouwstenen aan. De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de Wetenschappelijke Raad van de NDM. Deze Raad beoordeelt alle conceptteksten en adviseert over de kwaliteit van de monitoringgegevens. De Werkgroep Prevalentieschattingen van problematisch middelengebruik en de Werkgroep Drugsgelateerde sterfte ondersteunen de NDM op thematische deelgebieden.

Eens per jaar publiceert de NDM een cijfermatig overzicht van verslaving en middelengebruik en de gevolgen daarvan: het Jaarbericht. Dit rapport maakt deel uit van de documentatie die het parlement jaarlijks krijgt aangeboden.

## Drugsbeleid in verleden en toekomst

In 2009 is het Nederlandse drugsbeleid onderworpen aan een evaluatie (Van Laar en Van Ooyen, 2009). Hierbij is teruggekeken op het drugsbeleid, met de primaire focus op de periode 1995-2008. Bij deze evaluatie is gebruik gemaakt van de gegevens uit de Jaarberichten van de NDM. Een onafhankelijke adviescommissie heeft een advies geschreven over het drugsbeleid in de toekomst (Adviescommissie Drugsbeleid, 2009). In 2010 zal een nieuwe drugsnota voorliggen.

## Jaarbericht 2009

Voor u ligt het tiende Jaarbericht van de NDM. Evenals in voorgaande jaarberichten beslaan de hoofdstukken twee tot en met acht ontwikkelingen per middel, of klassen van middelen: cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine, alcohol en tabak. Vanwege signalen over een toenemende populariteit van GHB, is een hoofdstuk over dit middel toegevoegd. Per hoofdstuk worden kort en bondig de meest recente cijfers gerapporteerd over het gebruik, het problematisch gebruik, de hulpvraag, ziekte-sterfte en tenslotte aanbod en markt. De positie van Nederland wordt in internationaal perspectief geplaatst, maar vanwege methodologische verschillen dienen vergelijkingen tussen landen echter steeds onder voorbehoud te worden gemaakt.

In hoofdstuk negen volgen gegevens over de geregistreerde drugscriminaliteit. Centraal staan de Opiumwetcriminaliteit en de criminaliteit van drugsgebruikers in de verschillende onderdelen van de strafrechtsketen (politie, Openbaar Ministerie, justitie, detentie). Ook geeft dit hoofdstuk een actueel overzicht van de strafrechtelijke mogelijkheden voor dwang en drang voor criminele drugsverslaafden.

Cijfers over middelengebruik en drugscriminaliteit kunnen op verschillende manieren worden verzameld en weergegeven. Bijlage A geeft informatie over de terminologie. In bijlage B geven wij een beknopt overzicht van de meest belangrijke bronnen voor de informatie in dit Jaarbericht.

### ***Statistische significantie***

In dit Jaarbericht worden trends in middelengebruik en verschillen tussen groepen gebruikers beschreven. Bij gegevens die afkomstig zijn van een steekproef uit de bevolking spreken we pas van een toename of afname in gebruik (of verschillen tussen groepen), indien deze statistisch significant zijn. Dat betekent dat dit verschil (waarschijnlijk) niet op toeval berust. Statistische significantie zegt echter niet alles. Bij hele grote steekproeven kunnen minieme verschillen significant zijn, maar praktisch gezien geen betekenis hebben. Significantie is dus niet hetzelfde als relevantie. Omgekeerd kunnen er duidelijke verschillen zijn in percentage gebruikers, die volgens statistische toetsen niet significant zijn. Dat kan het geval zijn als steekproeven relatief klein zijn, en



de variatie binnen groepen groot. In die gevallen kan het voorkomen dat bij een grotere steekproef (bijvoorbeeld meer respondenten) een resultaat wel significant zou zijn. In dit Jaarbericht nemen wij statistische significantie wel als leidraad, maar daarnaast is ook de grootte van het verschil van belang.

Het Jaarbericht is ook te raadplegen via internet. Voor een PDF van dit rapport via internet:

- Surf naar [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl). Rechts boven bij "Zoeken" tikt u in als zoekterm: NDM Jaarbericht 2009. Klik vervolgens op "Lees verder", ga naar beneden en klik op "gratis downloaden" bij "De Nationale Drug Monitor kunt u hier gratis downloaden".
- Of surf naar [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl). Links boven bij "Onderzoek" gaat u naar "Intern onderzoek" en vervolgens naar "Afgerond onderzoek". Voer het jaar van uitgave in: "2010". U vindt daar het Jaarbericht van de NDM en kunt een PDF downloaden.



## 2 Cannabis

Cannabis (Cannabis Sativa of hennep) omvat hasj en wiet in diverse preparaten. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel. Cannabis wordt doorgaans gerookt in sigaretten, al dan niet samen met tabak, en soms via een verdamer. Eten – in de vorm van spacecake – komt weinig voor. Consumenten ervaren cannabis meestal als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. In hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. Onderstaande gegevens gelden voor hasj en wiet samen, tenzij anders aangegeven.

### 2.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over cannabis in dit hoofdstuk zijn:

- Onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs (12-18 jaar) is het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers van cannabis tussen 1996 en 2007 geleidelijk gedaald, in het bijzonder onder jongens (§ 2.3).
- Het cannabisgebruik onder Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar ligt hoog in vergelijking met andere landen van Europa, ondanks de dalende trend (§ 2.5).
- Cannabisgebruik komt beduidend vaker voor onder scholieren van REC-4 scholen van het speciaal onderwijs vergeleken met scholieren van het regulier onderwijs (§ 2.3).
- Het recent cannabisgebruik onder Nederlandse volwassenen (in 2005) valt iets onder het Europese gemiddelde (§ 2.5).
- De jarenlange toename van het aantal cannabiscliënten bij de (ambulante) verslavingszorg heeft zich in 2007 en 2008 voortgezet (§ 2.6).
- Algemene ziekenhuizen registreren van 2007 naar 2008 eveneens een verdere toename van het aantal opnames waarbij cannabismisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose wordt gesteld (§ 2.6).
- Het gemiddelde gehalte THC in nederwiet is van 2006 naar 2007 verder gedaald en in 2008 en 2009 gestabiliseerd (§ 2.8).
- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet is tussen 2006 en 2009 gestegen (§ 2.8).

## 2.2 Gebruik: algemene bevolking

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt. In 1997, 2001 en 2005 vonden peilingen plaats van het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO, Rodenburg et al., 2007).

- Van 1997 tot 2001 bleef het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit cannabis had gebruikt stabiel. Tussen 2001 en 2005 nam het percentage ooitgebruikers toe. Het totale percentage recente en actuele gebruikers bleef in alle drie de peilingen op hetzelfde niveau (tabel 2.1).
- In 2005 had ruim een op de vijf ondervraagden ooit cannabis gebruikt. Een op de twintig had in het jaar voor het interview cannabis geconsumeerd (recent gebruik) en een op de drieëndertig had dit nog gedaan in de maand er voor (actueel gebruik).
- Omgerekend naar de bevolking bedraagt het aantal actuele gebruikers van cannabis 363 duizend.
- In 2005 had 1,3 procent van de bevolking voor het eerst in het leven cannabis gebruikt. De aanwas van nieuwe gebruikers is over de jaren heen gelijk gebleven.

Tabel 2.1 Gebruik van cannabis in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar.  
Peiljaren 1997, 2001 en 2005

	1997	2001	2005
Ooitgebruik	19,1%	19,5%	22,6%
• Mannen	24,5%	23,6%	29,1%
• Vrouwen	13,6%	15,3%	16,1%
Recent gebruik <sup>I</sup>	5,5%	5,5%	5,4%
• Mannen	7,1%	7,2%	7,8%
• Vrouwen	3,8%	3,8%	3,1%
Actueel gebruik <sup>II</sup>	3,0%	3,4%	3,3%
• Mannen	4,2%	4,8%	5,2%
• Vrouwen	1,8%	1,9%	1,5%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	1,4%	1,1%	1,3%
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers <sup>I</sup>	27,3 jaar	28,3 jaar	30,5 jaar

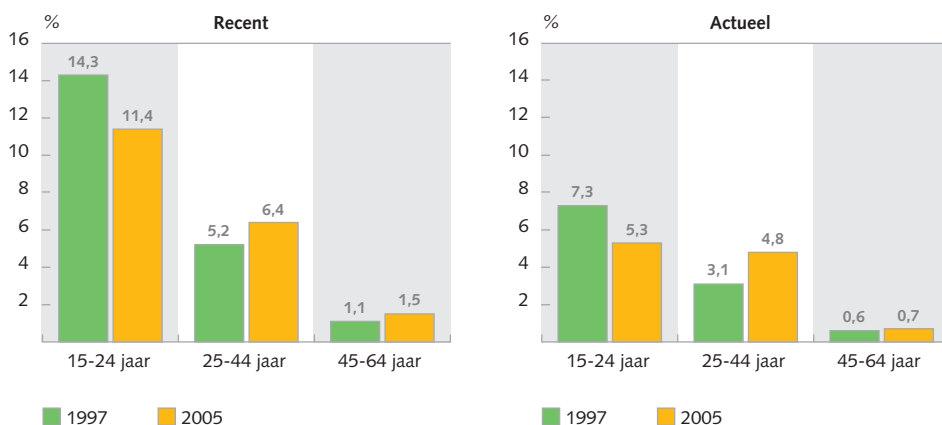
Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005). I. In het afgelopen jaar. II. in de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO.

### Leeftijd en geslacht

- Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 2.1).
- Consumptie van cannabis komt vooral voor onder jongeren en jongvolwassenen (figuur 2.1).
  - Tussen 1997 en 2005 daalde het percentage recente en actuele gebruikers van 15 tot en met 24 jaar en nam het percentage recente en actuele gebruikers in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar toe. Deze verschuiving deed zich met name tussen 1997 en 2001 voor.
  - Ook de gemiddelde leeftijd van de recente cannabisgebruikers nam toe, van 27 naar bijna 31 jaar (tabel 2.1).

- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cannabis lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 16,4 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 19,6 jaar.

**Figuur 2.1 Cannabisgebruikers in Nederland per leeftijdsgroep. Peiljaren 1997 en 2005**



Percentage gebruikers recent (laatste jaar, links) en actueel (laatste maand, rechts) per leeftijdsgroep. Bron: NPO, IVO.

### De grote steden

Consumptie van cannabis komt meer voor in steden dan op het platteland (tabel 2.2).

- In 2005 was het percentage ooit- en recente cannabisgebruikers ongeveer drie keer zo groot in sterk stedelijke dan niet-stedelijke gebieden.

Tabel 2.2 Gebruik van cannabis in de vier grote steden en in niet-stedelijk gebied onder mensen van 15 jaar en ouder. Peiljaren 1997 en 2005

	Ooitgebruik		Recent gebruik		Actueel gebruik	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Zeer sterk stedelijk <sup>I</sup>	31,4%	37,5%	10,4%	10,8%	6,2%	7,5%
Sterk stedelijk <sup>II</sup>	21,0%	24,6%	4,8%	5,8%	2,9%	3,2%
Matig stedelijk <sup>III</sup>	15,5%	20,2%	4,3%	4,3%	2,2%	2,5%
Weinig stedelijk <sup>IV</sup>	15,0%	15,5%	4,5%	3,2%	2,2%	2,0%
Niet-stedelijk <sup>V</sup>	12,8%	13,9%	3,8%	3,0%	1,9%	1,5%

Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). Geen cijfers naar stedelijkheid voor 2001 vanwege kleine aantallen respondenten. I. Definitie (CBS): gemeenten met meer dan 2 500 adressen per vierkante kilometer. Dit zijn: Amsterdam, Rotterdam, Delft, Den Haag, Groningen, Haarlem, Leiden, Rijswijk, Schiedam, Utrecht, Vlaardingen en Voorburg. II. Gemeenten met 1 500 - 2 500 adressen per vierkante kilometer. III. Gemeenten met 1 000 - 1 500 adressen per vierkante kilometer. IV. Gemeenten met 500-1 000 adressen per vierkante kilometer. V. Gemeenten met minder dan 500 adressen per vierkante kilometer. Bron: NPO, IVO.

### Mate van consumptie

- In 2005 nam bijna een kwart (23,3%) van de actuele gebruikers (bijna) dagelijks cannabis, ofwel 0,8% van de totale bevolking van 15-64 jaar. Onder jongeren en jongvolwassenen van 15-34 jaar is dit het dubbele (1,6%).
- Omgerekend naar de bevolking gebruikten in 2005 85 duizend mensen (bijna) dagelijks cannabis.

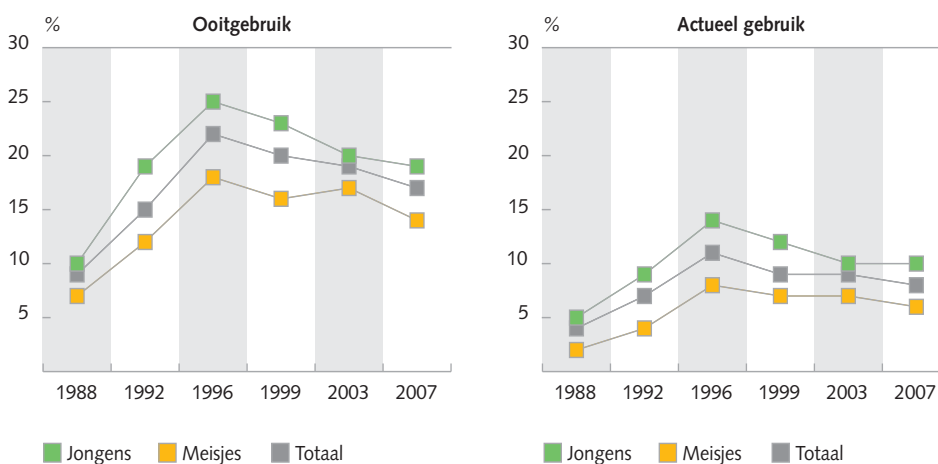
## 2.3 Gebruik: jongeren

### Scholieren van het regulier onderwijs

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf tot en met achttien jaar op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt via het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren. De laatste peiling werd in 2007 verricht (Monshouwer et al., 2007).

- Figuur 2.2 laat zien dat het percentage gebruikers van cannabis onder leerlingen sterk toenam tussen 1988 en 1996. Tussen 1996 en 2007 daalde het ooitgebruik geleidelijk van 22 naar 17 procent. Het actuele gebruik daalde in deze periode licht van elf naar acht procent. Deze afname in cannabisgebruik kwam vooral op conto van de jongens. Onder meisjes waren verschillen tussen 1996 en 2007 niet significant.
- In 2007 hebben meer jongens dan meisjes in de maand voorafgaand aan het onderzoek cannabis gebruikt. Het verschil tussen jongens en meisjes in cannabisgebruik is variabel over de verschillende meetmomenten.

**Figuur 2.2 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988**



Percentage gebruikers ooit in het leven (links) en in de laatste maand (rechts). Bron: Peilstationsonderzoek, Trimbos-instituut.

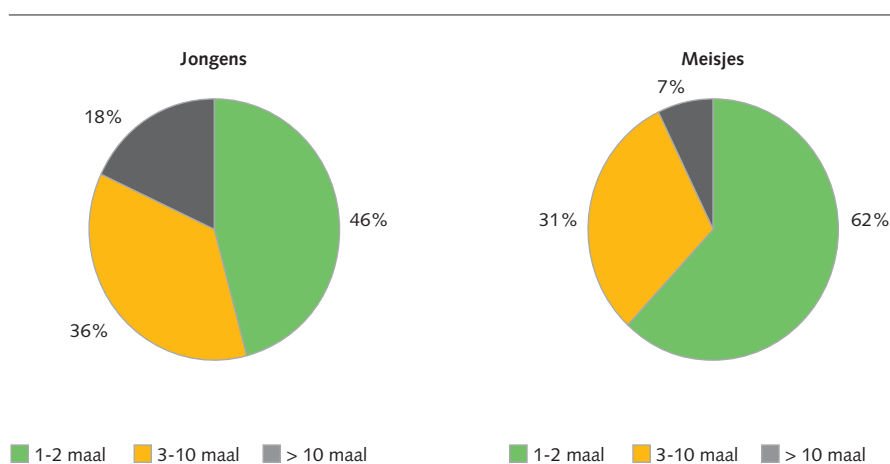
### Leeftijd

- Bij scholieren neemt het gebruik van cannabis toe met de leeftijd. Maar weinig leerlingen van twaalf hadden in 2007 ervaring met cannabis: een op de vijftig (2%). Op zestienjarige leeftijd had bijna een op de drie wel eens cannabis gebruikt (30%).
- De leeftijd waarop leerlingen voor het eerst cannabis gebruiken daalde tussen 1988 en in 1996, en stabiliseerde sindsdien (Monshouwer et al., 2005). Het percentage jongens dat op zeer jonge leeftijd ( $\leq 14$  jaar) al ervaring heeft met cannabis bleef tussen 1996 en 2003 stabiel (21%) en daalde tussen 2003 en 2007 van 21 naar 13 procent. Onder 14-jarige meisjes was de daling in het ooitgebruik van cannabis tussen 2003 en 2007 minder groot en niet significant (respectievelijk 16 en 12%).
- De Antenne monitor in Amsterdam laat zien dat de gemiddelde startleeftijd van de ooitgebruikers onder Westerse scholieren steeg van 13,5 jaar in 1997 naar 14,2 jaar in 2007 (Nabben et al., 2008).
- Een vroege startleeftijd van cannabisgebruik wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op het later ontwikkelen van psychische stoornissen, afhankelijkheid, het gebruik van harddrugs en mogelijk cognitieve stoornissen (CAM, 2008). Welke mechanismen hierbij een rol spelen (bijv. effecten van cannabis op het ontwikkelend brein, aanleg, en/of sociale processen) is niet precies bekend.

### Mate van gebruik

- Van de acht procent actuele gebruikers onder de scholieren in 2007 had ruim de helft (55%) niet meer dan één á twee keer cannabis gebruikt in de afgelopen maand. Een minderheid blowde meer dan tien keer (14%): ongeveer een op de vijf jongens (18%) en een op de veertien meisjes (7%) (zie figuur 2.3).
- Per keer rookte de helft van de actuele gebruikers minder dan één joint. Van de jongens rookt 18 procent drie of meer joints per keer en van de meisjes 11 procent, maar dit verschil is niet statistisch significant.

Figuur 2.3 Frequentie van cannabisgebruik onder actuele gebruikers. Peiljaar 2007



Percentage van de leerlingen die in maand voor de peiling cannabis hadden gebruikt.

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Schoolniveau en etnische afkomst

- De opleidingsniveaus verschillen weinig in de prevalentie van cannabisgebruik. Het percentage leerlingen dat ooit heeft gebruikt en het percentage dat in de afgelopen maand nog heeft gebruikt is op het VMBO-b, VMBO-t en HAVO vrijwel gelijk en iets lager op het VWO, maar dat verschil is niet statistisch significant.
- Er is geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en het ooitgebruik van cannabis.<sup>1</sup> Alleen Marokkaanse leerlingen hebben vergeleken met de andere groepen minder ervaring met het gebruik van cannabis. Vooral het actueel gebruik onder de Marokkaanse meisjes is laag (2%).
- Volgens de Antenne-monitor in Amsterdam is het percentage ooitgebruikers en actuele gebruikers van cannabis onder Marokkaanse scholieren het laagste maar ook het percentage gebruikers onder Turkse en Surinaamse scholieren is lager dan onder autochtone leerlingen (Korf et al., 2003).

1 Voor de definitie van autochtoon en allochtoon: zie bijlage A.



### **Cannabis en probleemgedrag**

- Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Dit verband is sterker naarmate de frequentie van gebruik toeneemt (Monshouwer et al., 2006; Verdurmen et al., 2005b).
- Blowers gebruiken ook vaker andere middelen dan niet-blowers (5 of meer glazen alcohol in de afgelopen maand; dagelijks roken; ooitgebruik harddrugs).
- Er zijn geen verschillen gevonden in psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie.

### **Plaats van aankoop**

- In 2007 kreeg ongeveer een derde van de actuele gebruikers (35%) de cannabis van vrienden zonder het zelf te hoeven kopen. Vier van de tien actuele gebruikers (40%) kocht de cannabis wel eens in een coffeeshop. Achttien procent kocht de cannabis wel eens op straat, in het park, en dergelijke, zestien procent bij een (huis)dealer, een op de tien op of rond school en eveneens een op de tien bij iemand anders thuis.
- Meer meisjes dan jongens verkregen cannabis via vrienden zonder het zelf te hoeven kopen; jongens kochten vaker in of via coffeeshops dan meisjes.
- Een aanzienlijk deel van de blowende scholieren tot en met 17 jaar zegt in 2007 de cannabis te hebben gekocht in of via een coffeeshop. Dit is opmerkelijk omdat de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Onbekend is in hoeverre deze jongeren zelf de cannabis hebben aangekocht in een coffeeshop of dit door anderen hebben laten doen.
- Het percentage dat wel eens cannabis aanschaft via een coffeeshop ligt het hoogst onder jongens van 18 jaar. Acht op de tien actuele gebruikers in deze groep (82%) maakt gebruik van een coffeeshop.

Tabel 2.3 Waar halen scholieren hun cannabis vandaan? Peiljaar 2007

Wijze van verkrijgen cannabis	12-15 jaar		16-17 jaar		18 jaar		Totaal		
	J	M	J	M	J	M	J	M	Totaal
Ik koop het nooit	29%	41%	35%	46%	15%	17%	30%	42%	35%
Coffeeshop	39%	22%	45%	42%	82%	67%	46%	31%	40%
Bij een dealer thuis	24%	11%	18%	6%	14%	35%	20%	10%	16%
Bij iemand anders thuis	12%	11%	9%	12%	3%	0%	10%	11%	10%
Op of rond school	14%	13%	10%	3%	3%	0%	11%	9%	10%
Op straat, park etc.	28%	12%	19%	2%	11%	19%	23%	9%	18%
Café	3%	3%	2%	1%	3%	0%	2%	2%	2%
Discotheek	4%	2%	3%	1%	3%	0%	3%	2%	3%
Thee of koffiehuis of Buurthuis	1%	1%	2%	0%	0%	0%	1%	1%	1%
Jongeren centrum	4%	2%	1%	0%	3%	0%	3%	1%	2%
Anders	1%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	1%

Leerlingen van twaalf tot en met 18 jaar van middelbare scholen (actuele gebruikers). Leerlingen konden meer antwoorden aankruisen. De percentages tellen daarom niet op tot 100%. J = jongens, M = meisjes.

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Scholieren van het speciaal onderwijs

In 2008 heeft het Trimbos-instituut, samen met de Universiteit Utrecht, een onderzoek uitgevoerd naar het middelengebruik onder ruim 2 600 scholieren van twaalf tot en met achttien jaar van het speciaal onderwijs (Kepper et al., 2009). Het gaat om de scholen van een Regionaal Expertise Centrum, de zogenaamde REC-4 scholen (voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen, langdurig zieke kinderen met een psychiatrische problematiek, leerlingen van scholen verbonden aan een Pedologisch Instituut), het praktijkonderwijs (pro) en het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo). De uitkomsten voor de groep van twaalf tot en met zestien jaar zijn vergeleken met die van de peiling in 2007 onder leeftijdgenoten in het regulier onderwijs (vmbo zonder lwoo, havo en vwo).

- Leerlingen van REC-4 scholen hebben veruit de meeste ervaring met cannabisgebruik. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Ruim de helft van de 16-jarigen heeft ooit cannabis gebruikt (tabel 2.4). Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).
- Onder 12-13-jarigen en 14-15-jarigen in het praktijkonderwijs en het lwoo zijn de percentages ooitgebruikers vergelijkbaar met die van het regulier onderwijs. Onder 16-jarigen is het ooitgebruik van cannabis op deze scholen juist lager vergeleken met het regulier onderwijs, vooral onder leerlingen van het praktijkonderwijs.
- Het percentage actuele cannabisgebruikers is eveneens het hoogst onder de leerlingen van de REC-4 scholen. In de andere onderwijsvormen zijn de verschillen in het gebruik klein.
- Gemiddeld blowen actuele cannabisgebruikers van zowel het REC-4 als het praktijkonderwijs drie joints per keer. Op het lwoo is dat gemiddeld twee joints en in het regulier onderwijs 1,5 joint onder de 14-15 jarigen en 1 joint onder de 16-jarigen.

Tabel 2.4 Cannabisgebruik onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep

	Ooitgebruik			Actueel gebruik		
	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal						
REC-4 <sup>I</sup>	20%	42%	54%	11%	23%	41%
Pro <sup>II</sup>	5%	15%	19%	2%	6%	10%
Lwoo <sup>III</sup>	7%	17%	25%	3%	7%	13%
Regulier	4%	17%	30%	2%	9%	13%

Percentage gebruikers ooit en actueel (laatste maand). Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008.

Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum.

II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

### Speciale groepen jongeren

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 2.5 vat de resultaten samen van uiteenlopende onderzoeken, doorgaans lokale of regionale studies. De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. Trendgegevens zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam.

#### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

- De Antenne-monitor volgt het middelengebruik in verschillende groepen jongeren in het Amsterdamse uitgaansleven, zoals coffeeshops, cafés en trendy clubs (Benschop et al., 2009). In 2003 en 2008 lag het percentage actuele gebruikers van cannabis onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in trendy clubs (en party's) in Amsterdam op 39 procent. Het gemiddelde aantal joints dat actuele gebruikers per gelegenheid roken lag in beide jaren op ongeveer anderhalf.
- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
  - Drie op de tien bezoekers van grootschalige party's was een actuele cannabisgebruiker.
  - Zeventien procent van de bezoekers had op de uitgaansavond zelf geblowed. Dit varieerde tussen party's van 6 tot 30 procent. Gemiddeld rookten de bezoekers 2,4 joints.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen, Drenthe), Oost (Gelderland en

Overijssel), Midden (Utrecht, Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland, Limburg).

- Het percentage actuele cannabisgebruikers verschilde tussen regio's en was het hoogst in de regio's West (28%), Zuid (24%) en Midden (24%) en het laagst in de regio's Noord (17%) en Oost (18%).
- Op basis van deze regionale gegevens zal ook een landelijke schatting van het middelengebruik onder clubbezoekers worden gemaakt. Deze gegevens zijn voor dit jaarbericht nog niet beschikbaar, maar zullen in de eindrapportage van het uitgaansonderzoek worden opgenomen.

### ***Probleemjongeren***

Onder zwerfjongeren, zogenaamde school 'dropouts' en jongeren in justitiële jeugd-inrichtingen en de jeugdzorg zijn er relatief veel actuele cannabisgebruikers (twee tot acht op de tien).

- Bijna de helft van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg was in 2006 een actuele blower (Nabben et al., 2007a). Ongeveer een op de drie (31%) van deze blowers gebruikte dagelijks cannabis. Dat is 15 procent van alle jongeren in de jeugdzorg. Jongens en meisjes gebruikten even vaak en even veel. Ruim een op de tien actuele blowers (11%) gaf aan hulp te willen om te stoppen of te minderen.
- Op landelijk niveau zijn bij jongeren in de residentiële jeugdzorg op jongere leeftijden lagere percentages gevonden, variërend van 18 procent bij de 12- en 13-jarigen tot 37 procent bij de 16-jarigen (Kepper et al., 2009).

Tabel 2.5 Actueel gebruik van cannabis in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>				
- Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 - 35	37%
- Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 - 44	22%
- Cafébezoekers <sup>I</sup>	Amsterdam <sup>II</sup>	2005	Gemiddeld 27	22%
- Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gemiddeld 23	19%
- Bezoekers van discotheken	Nijmegen <sup>III</sup>	2006	Gemiddeld 21	12%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Gemiddeld 28	39%
		2008	Gemiddeld 25	39%
- Coffeeshopbezoekers	Nijmegen	2005/2006	Gemiddeld 27	84%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk <sup>III</sup>	2008/2009	Gemiddeld 24	30%
<b>Probleemgroepen</b>				
- Jongeren op speciale scholen en spijbelprojecten	Amsterdam	2003	13 - 16	32%
- Gedetineerde jongeren <sup>IV</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	59%
- School drop-outs <sup>V</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	55%
- Zwerfjongeren <sup>V</sup>	Flevoland	2004	13 - 22	87%
- Hangjongeren	Heerlen	2006	15 - 20	35%
- Jongeren in de jeugdzorg <sup>VI</sup>	Amsterdam	2006	Gemiddeld 17	45%
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	12 - 13	18%
			14 - 15	36%
			16	37%

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek I. Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. V. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. VI. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: Parnassia; GGD Zaanstreek-Waterland; Antenne, Bongier Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam; GGD Zuid-Holland Noord; Tendens, Iriszorg; Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam; Mondriaan Zorggroep; EXPLORE, Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

## 2.4 Problematisch gebruik

Hoeveel mensen vanwege het gebruik van cannabis in de problemen komen is niet bekend. Probleemgebruik omvat een diagnose van cannabisafhankelijkheid zoals vastgesteld volgens het internationaal psychiatrisch classificatiesysteem DSM. In vergelijking met nicotine, heroïne en alcohol is cannabis een weinig verslavende stof. Het risico van afhankelijkheid neemt echter toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Jongeren zijn waarschijnlijk kwetsbaarder dan ouderen (CAM, 2008).

- Volgens gegevens van het NEMESIS-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,1 en 0,5 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 0,2 tot 0,6 procent van de respondenten voldeed aan een diagnose cannabismisbruik.
- Cannabisstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (zie tabel 2.6).
- Omgerekend naar de bevolking ging het om naar schatting 29 300 mensen met cannabisafhankelijkheid en 40 200 mensen met cannabismisbruik. In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.

Tabel 2.6 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een cannabisstoornis, naar geslacht. Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal (Aantal)
Cannabismisbruik	0,6 (0,2 – 1,0)	0,2 (0,0 – 0,4)	0,4 (0,2 – 0,6)	40 200
Cannabisafhankelijkheid	0,4 (0,1 – 0,8)	0,1 (0,0 – 0,3)	0,3 (0,1 – 0,5)	29 300

Bron: *Nemesis 2007-2009 (De Graaf et al., 2010)*.

- Zoals genoemd in § 2.3 hangt (frequent) cannabisgebruik samen met probleemgedrag, zoals agressief en crimineel gedrag, gebruik van andere drugs en schoolproblemen. Dat wil niet zeggen dat cannabisgebruik de oorzaak is van deze problemen. Vaak gaan gedragsproblemen vooraf aan het cannabisgebruik, of zijn beide onderdeel van een breder patroon van afwijkend gedrag. Een andere mogelijkheid is een overlap van risicofactoren, die zowel cannabisgebruik als probleemgedrag veroorzaken (Rigter en Van Laar, 2002; Hall en Pacula, 2003).
- Onderzoek onder coffeeshopbezoekers laat zien dat er een bepaalde groep, vooral jonge gebruikers is met een duidelijke voorkeur voor 'sterke wiet', met een hoog gehalte THC, de belangrijkste werkzame stof in cannabis (Korf et al., 2004b; Korf et al., 2007). Zij gebruiken relatief vaak en veel en lopen een grote kans op afhankelijkheid. Onbekend is hoe groot deze groep is.

- De sterke toename in de hulpvraag van cannabisgebruikers bij de verslavingszorg (§ 2.6) zou kunnen wijzen op een toename in het aantal probleemgebruikers van cannabis, maar andere verklaringen zijn ook mogelijk, zoals een verbeterd hulpaanbod, sneller doorverwijzen door de eerste lijn en jeugdzorg, en groeiende bewustwording van de risico's van cannabis, waardoor sneller hulp wordt gezocht.

## 2.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Gegevens over het drugsgebruik in de lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen worden verzameld door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2009). In de Verenigde Staten, Canada en Australië worden de gegevens over het drugsgebruik in de algemene bevolking verzameld door respectievelijk de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2008), de Canadian Addiction Survey (CAS, 2005), en het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2008).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 2.7a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 2.7b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen.
- Tussen de 9 en 49 procent van de mensen in de algemene westerse bevolking heeft ooit in het leven cannabis gebruikt (tabellen 2.7a en 2.7b). De laagste percentages worden gevonden in Griekenland en Portugal. In Canada heeft bijna een op de twee mensen en in de Verenigde Staten hebben vier van de tien mensen ooit cannabis geprobeerd. Van de lidstaten van de EU en Noorwegen gaat Denemarken aan kop met 37 procent ooitgebruik, maar behoort het op de maten recent en actueel gebruik weer tot de middenmoot. Roemenië scoort het laagst met slechts twee procent ooitgebruik.
- Naar schatting heeft zeven procent van alle inwoners van de lidstaten van de EU, ofwel 23 miljoen mensen, in het afgelopen jaar cannabis gebruikt. Nederland valt met vijf procent iets onder dit Europees gemiddelde.
- Het percentage recente gebruikers loopt echter sterk uiteen. Van de EU-27 landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn is het percentage recente gebruikers het laagst in Malta (1%). Italië en Spanje gaan aan kop met elf procent. Van alle landen staat Canada op nummer een (15%).
- Spanje is een uitschieter op de maat actueel gebruik (9%). De laagste percentages worden gevonden in Malta (0,5%) en Zweden (0,6%). Nederland komt met drie procent dicht in de buurt van het Europees gemiddelde (4%).

**Tabel 2.7a** Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

Land	Jaar	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Frankrijk	2005	31%	9%	5%
Spanje	2005/6	29%	11%	9%
Italië	2005	29%	11%	6%
Nederland	2005	23%	5%	3%
Ierland	2006/2007	22%	6%	3%
Oostenrijk	2004	20%	8%	4%
Noorwegen	2004	16%	5%	2%
Finland	2006	14%	4%	2%
België	2004	13%	5%	3%
Portugal	2007	12%	4%	2%
Griekenland	2004	9%	2%	1%

**Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.**

*Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). - = niet gemeten.*

*Bron: EMCDDA.*

**Tabel 2.7b** Consumptie van cannabis onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, Canada, de Verenigde Staten en Australië: overige leeftijdsgroepen<sup>1</sup>

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik	Actueel gebruik
Canada	2004	15 en ouder	49%	15%	-
Verenigde Staten	2008	12 en ouder	41%	10%	6%
Denemarken	2005	16 – 64	37%	5%	3%
Australië	2007	14 en ouder	34%	9%	5%
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2006/2007	16-59	30%	8%	5%
Duitsland	2006	18 – 64	23%	5%	2%
Italië	2003	15 – 54	22%	7%	5%
Zweden	2006	16 – 64	12%	2%	1%

**Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.**

*Percentage gebruikers ooit in het leven, recent (laatste jaar) en actueel (laatste maand). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Bronnen: CAS, SAMHSA, EMCDDA, AIHW.*



### **Trends**

De trends in het cannabisgebruik zijn beperkt vast te stellen vanwege het ontbreken van herhaalde en vergelijkbare metingen in en tussen de landen.

- Van dertien landen van de EU-15 en Noorwegen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, is vanaf 1990 het cannabisgebruik al met al gestegen in een meerderheid van negen landen, gedaald in slechts één land en min of meer stabiel gebleven in een minderheid van drie landen, waaronder Nederland. De stijgingen deden zich vooral voor in de jaren negentig, terwijl in het begin van deze eeuw dalingen optraden in het recent cannabisgebruik in Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Griekenland. In Nederland bleef het recent cannabisgebruik tussen 1997 en 2005 ongeveer op hetzelfde niveau.
- Ook in de Verenigde Staten daalde in het begin van deze eeuw het gebruik van cannabis. Tussen 2002 en 2007 daalde hier het recent gebruik van cannabis in de algemene bevolking van twaalf jaar en ouder van 11 naar 10 procent. De daling vond voornamelijk plaats onder jongeren van 12 tot en met 17 jaar.
- In Australië steeg het recent gebruik van cannabis in de algemene bevolking van 14 jaar en ouder van 13 procent in 1995 naar 18 procent in 1998 en daalde vervolgens naar 9 procent in 2007

### **Jongeren**

Beter vergelijkbaar zijn de cijfers van ESPAD, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. In 1999, 2003 en 2007 werden peilingen uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2000, 2004, 2008). Tabel 2.8 toont het gebruik van cannabis in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden wel vergelijkbaar onderzoek uit.

- Het percentage scholieren dat in 2007 ooit cannabis had gebruikt was het hoogst in Spanje, op de voet gevolgd door Zwitserland, Frankrijk, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Nederlandse scholieren staan op de zesde positie.
- Bij het actueel gebruik ging Spanje aan kop, gevolgd door Zwitserland, Frankrijk en Nederland.
- Het percentage leerlingen dat zes maal of meer cannabis had gebruikt in de laatste maand was het laagst in Griekenland en de Scandinavische landen Noorwegen, Finland en Zweden en het hoogst in Spanje, gevolgd door Zwitserland, Frankrijk, Nederland, de Verenigde Staten en Italië.
- In 2003 was de positie van Nederlandse scholieren gunstiger. Dat komt niet doordat het cannabisgebruik in Nederland is toegenomen, maar doordat zich tussen 2003 en 2007 (soms opmerkelijke) dalingen in andere landen hebben voorgedaan, zoals het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Frankrijk.
- Regelmatig gebruik van cannabis (10 of meer keer in het afgelopen jaar) hing samen met een geringere zelfwaardering, en grotere kans op depressie, anomie ('normloosheid'), antisociaal gedrag, weglopen van huis, gedachten over zelfbeschadiging en suïcidepogingen. Deze verbanden werden echter ook voor andere middelen gevonden, zoals alcohol en tabak roken.

Tabel 2.8 Consumptie van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Peiljaren 1999, 2003 en 2007

Land	Ooitgebruik			Actueel gebruik			Zes maal of meer in de laatste maand		
	1999	2003	2007	1999	2003	2007	1999	2003	2007
Spanje <sup>II</sup>	-	36%	36%	-	22%	20%	-	-	8%
Zwitserland	-	40%	33%	-	20%	15%	-	10%	6%
Frankrijk	35%	38%	31%	22%	22%	15%	9%	9%	6%
Nederland	28%	28%	28%	14%	13%	15%	5%	6%	6%
Verenigde Staten <sup>I</sup>	41%	36%	31%	19%	17%	14%	9%	8%	6%
Italië	25%	27%	23%	14%	15%	13%	4%	6%	6%
België <sup>III</sup>	-	32%	24%	-	17%	12%	-	7%	4%
Verenigd Koninkrijk	35%	38%	29%	16%	20%	11%	6%	8%	4%
Ierland	32%	39%	20%	15%	17%	9%	5%	6%	4%
Denemarken <sup>II</sup>	24%	23%	25%	8%	8%	10%	1%	2%	2%
Duitsland <sup>IV</sup>	-	27%	20%	-	12%	7%	-	4%	2%
Oostenrijk	-	21%	17%	-	10%	6%	-	3%	2%
Portugal	8%	15%	13%	5%	8%	6%	2%	3%	2%
Griekenland	9%	6%	6%	4%	2%	3%	2%	1%	1%
Noorwegen	12%	9%	6%	4%	3%	2%	1%	1%	1%
Finland	10%	11%	8%	2%	3%	2%	1%	0%	0%
Zweden	8%	7%	7%	2%	1%	2%	0%	0%	0%

Percentage gebruikers ooit in het leven, actueel (laatste maand) en zes maal of meer in de laatste maand.

I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.

II. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. België in 2007 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland voor zes van de zestien deelstaten. - = niet gemeten. Bron: ESPAD.

## 2.6 Hulpvraag

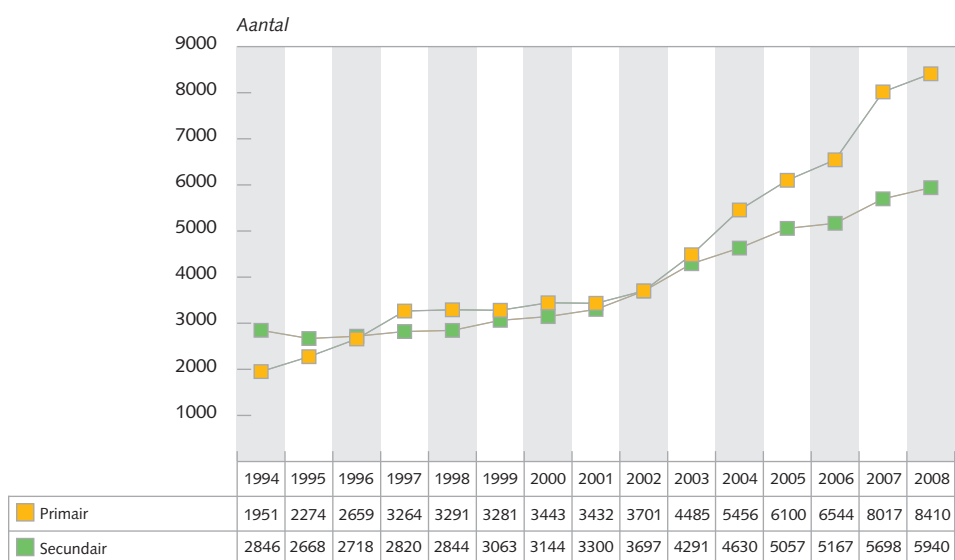
### Verslavingszorg

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg (Ouweland et al., 2009; IVZ, 2009). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem is tussen 1994 en 2008 ruim vier keer zo groot geworden (figuur 2.4). Van 2006 naar 2007 ging het om een toename van 23 procent en tussen 2007 en 2008 was er nog een toename van vijf procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cliënten van 16 in 1994 naar 62 in 2008.

- Het aandeel van cannabis in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam eveneens toe, van 10 procent in 1994 naar 25 procent in 2008.
- In 2008 was ongeveer een derde van de primaire cannabiscliënten een nieuwkomer (34%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2008 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- Voor 52 procent van de primaire cannabiscliënten was cannabis het enige probleem; 48 procent rapporteerde ook problemen met een ander middel.
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat cannabis als secundair probleem noemt steeg eveneens tussen 1994 en 2008 (figuur 2.4). Voor deze groep is alcohol (49%), cocaïne of crack (29%), heroïne (8%), amfetamine (7%), of gokken (2%) het primaire probleem.

**Figuur 2.4** Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire cannabisproblematiek, vanaf 1994

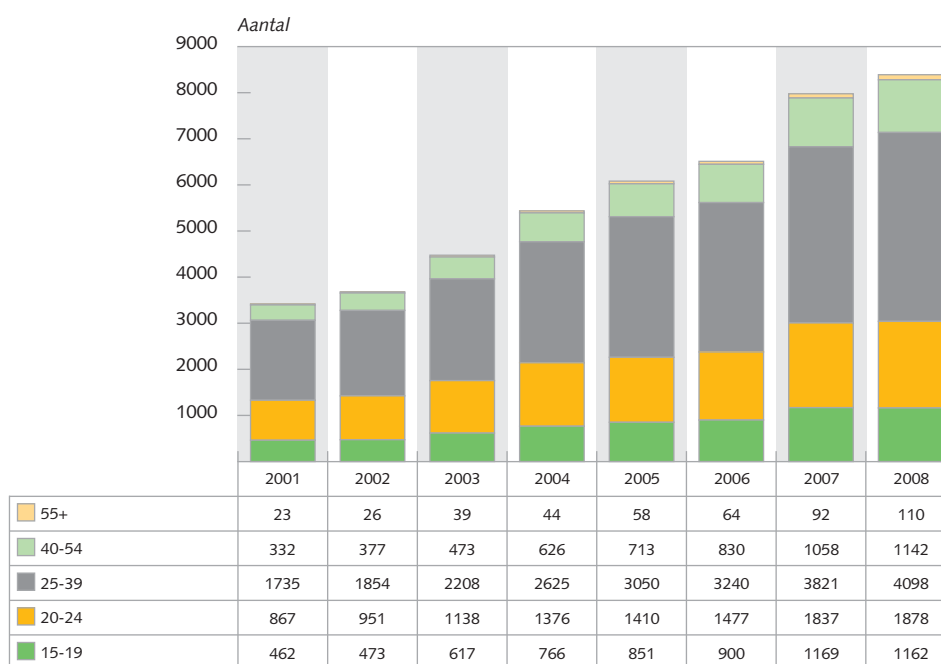


Bron: LADIS, IVZ (2009).

### **Leeftijd en geslacht**

- In 2008 was het merendeel van de primaire cannabiscliënten man (79%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode van 1994 tot 2008 tussen 15 en 21 procent.
- In 2008 was bijna tweederde van de cannabiscliënten 25 jaar en ouder (64%). De gemiddelde leeftijd is 29 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20 tot en met 29 jaar (figuur 2.5).
- In absolute zin steeg het aantal jonge cliënten van 15 tot en met 19 jaar van 462 in 2001 naar 1162 in 2008. Hun aandeel in alle cannabiscliënten bleef in deze periode constant op 14 tot 15 procent.

**Figuur 2.5 Trends in leeftijdsverdeling van primaire cannabiscliënten bij de (ambulante) verslavingszorg, vanaf 2001**



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (2009).

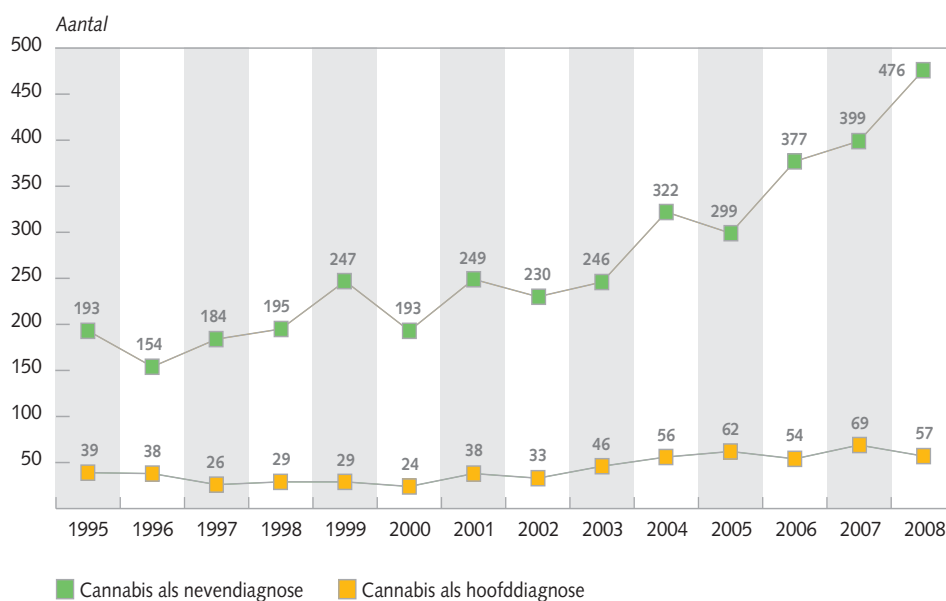
### Algemene ziekenhuizen; incidenten

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2007 ongeveer 1,8 miljoen en in 2008 ongeveer 1,9 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen. Drugsproblemen spelen nauwelijks een rol. In 2008 werden drugsmisbruik en drugsverslaving 642 maal als hoofddiagnose en 2 386 maal als nevendiagnose gesteld.

- Van de hoofddiagnoses voor drugs ging het in 2008 in negen procent van de gevallen om cannabis (figuur 2.6). Misbruik van cannabis speelde vaker een rol dan afhankelijkheid (67% versus 32%). Onbekend is wat de klachten waren (psychisch of lichamelijk) die tot opname hebben geleid. Het aantal hoofddiagnoses gerelateerd aan cannabismisbruik of -afhankelijkheid is al jaren gering, al lijkt zich tussen 2000 en 2008 een stijging af te tekenen.
- Vaker speelt cannabisproblematiek een rol als nevendiagnose. In 2008 ging het om 476 nevendiaagnoses (26% afhankelijkheid, 74% misbruik). In de afgelopen jaren deed zich, met wat fluctuaties, een stijging voor. Tussen 2007 en 2008 steeg het aantal nevendiaagnoses voor cannabis met negentien procent.
- In 2008 waren de meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses:
  - psychosen (26%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (18%, vooral alcohol: 13%)

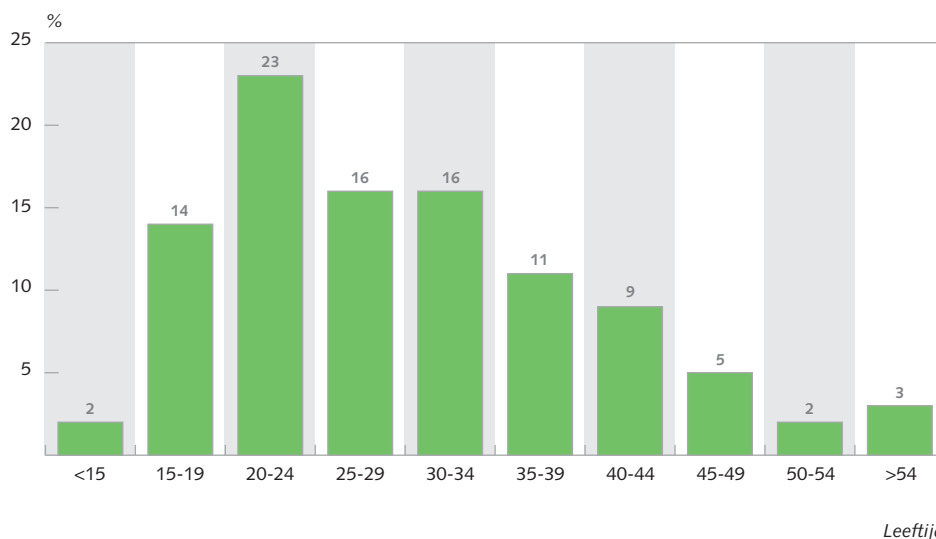
- letsel door ongevallen (14%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
- ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (5%)
- ziekten van hart- en vaatstelsel (5%)
- vergiftigingen (4%, door drugs, alcohol, medicijnen).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevendiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2008 om 461 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met cannabismisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of nevendiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was dertig jaar; 77 procent was man. Het percentage cannabispatiënten was het hoogst in de leeftijdsgroep van twintig tot en met 24 jaar (figuur 2.7).

**Figuur 2.6** Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cannabismisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1995



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevendiaagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.3, 305.2 (bijlage C). Bron: Dutch Hospital Data, LMR, Prismant.

Figuur 2.7 Leeftijdverdeling van cannabispatiënten in algemene ziekenhuizen. Peiljaar 2008



Percentage patiënten per leeftijdsgroep. Bron: Dutch Hospital Data, LMR, Prismant.

- In 2008 speelde cannabisproblematiek ook een rol als hoofd- of nevendiagnose bij 13 dagbehandelingen. Dat is iets minder dan in 2006 en 2007 (25 en 20 dagbehandelingen).
- Daarnaast telde de LMR 14 opnames in 2007 waarin "onopzettelijke vergiftiging met hallucinogenen" als nevendiagnose werd gesteld (ICD-9 code: E854.1). In de jaren 2001 tot en met 2007 ging het om respectievelijk 15, 8, 16, 15, 14, 15 en 15 gevallen. Het kan hierbij gaan om cannabis, maar ook om LSD of paddo's.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 3 800 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (hierna genoemd 'ongevallen'). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine en paddo's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2004 tot en met 2008 (Valkenberg, 2009).

- Cannabis is na cocaïne de meest genoemde drug. Ongeveer een op de zes (16%) slachtoffers van een ongeval waarin drugs een rol speelden geeft aan cannabis te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (65%), dan maakt cannabis 24 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen, want de invloed van drugs wordt niet systematisch onderzocht.

De GGD Amsterdam houdt op de Centrale Post Ambulancevervoer het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp wegens drugsgebruik.

- Het aantal aanvragen vanwege cannabisgebruik bereikte een piek in 2006 en 2007.
- In 2008 speelde in 381 gevallen de consumptie van cannabis een rol, een daling van 14 procent ten opzichte van 2007 (tabel 2.9).
- In ongeveer vier van de tien gevallen (39%) was vervoer naar het ziekenhuis nodig. De rest van de gevallen kon ter plekke worden behandeld.

**Tabel 2.9 Cannabisincidenten geregistreerd door de GGD Amsterdam, vanaf 1997**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Roken cannabis	211	107	118	106	243	226	196	258	281	347	370	318
Eten spacecake	47	28	21	35	46	59	61	62	61	114	74	63
Totaal	258	135	139	141	289	285	257	320	342	461	444	381

Aantal incidenten per jaar. Bron: CPA, GGD Amsterdam.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) van het RIVM registreerde de afgelopen jaren een toename van informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen vanwege cannabisgebruik (tabel 2.10).

- Het aantal informatieverzoeken voor cannabis werd drie keer zo groot tussen 2000 en 2005. Vanaf 2006 kwam aan deze stijging een einde (Van Velzen et al., 2009).
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties, want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Naarmate artsen bekender zijn met de symptomen en behandeling van een intoxicatie met een bepaalde drug, wordt de kans kleiner dat zij het NVIC raadplegen.

**Tabel 2.10 Informatieverzoeken vanwege cannabisgebruik bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum, vanaf 2000**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cannabis	71	129	141	144	191	202	186	171	168

Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld.

Bron: NVIC, RIVM.

## 2.7 Ziekte en sterfte

### Ziekte

Cannabisgebruik wordt steeds vaker in verband gebracht met psychische problemen.

- Er is toenemend bewijs dat cannabisgebruik het risico van een latere psychotische stoornis vergroot (CAM, 2008).
- Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik.
- Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen lopen een groter risico op het krijgen van een psychose na cannabisgebruik dan mensen zonder deze voorgeschiedenis.
- Mogelijk spelen genetische factoren hierbij een rol. Er zijn aanwijzingen dat mensen met een bepaalde variant (Val/Val) van het COMT-gen, dat betrokken is bij de afbraak van de boodschapperstof dopamine in de hersenen, extra kwetsbaar zijn voor een psychose, met name als zij op jonge leeftijd zijn begonnen met cannabisgebruik (Caspi et al., 2005).
- Van alle nieuwe jaarlijkse gevallen van psychotische stoornissen is tussen zes en tien procent toe te schrijven aan cannabisgebruik.
- In nederwiet zit vergeleken met de hoeveelheid THC relatief weinig cannabidiol (CBD). Deze stof gaat sommige effecten van THC tegen en heeft mogelijk een beschermende werking op het ontstaan van psychosen.
- Onderzoek naar de relatie tussen cannabisgebruik en het ontstaan van andere psychische problemen, zoals angststoornissen en depressie, geeft een minder consistent beeld (Moore et al., 2007).
- Gebruikers kunnen afhankelijk worden van cannabis, vooral bij frequent gebruik en een vroege startleeftijd. Vaak zijn ook andere persoon- en omgevingsfactoren in het spel.

Chronisch en zwaar gebruik van cannabis is ook geassocieerd met andere gezondheidsrisico's.

- Zwaar chronisch cannabisgebruik verhoogt waarschijnlijk het risico op luchtwegklachten en longkanker. Dit komt omdat in cannabisrook schadelijke ontledings- en verbrandingsproducten voorkomen. Bovendien leidt de wijze van roken van een joint (diep inhaleren, lang vasthouden) tot een grotere opname van deze stoffen in de luchtwegen dan bij roken van een sigaret.
  - Een verhoogde infectiekans lijkt echter alleen aan de orde te zijn bij blowers met een reeds slecht functionerend immuunsysteem.
  - In Nederland wordt cannabis doorgaans vermengd met tabak gebruikt. Tabaksrook veroorzaakt dezelfde klachten van de luchtwegen.
  - Aangezien de meeste cannabisrokers hun gebruik na verloop van tijd echter staken en daardoor de hoeveelheid schadelijke stof die zij binnen krijgen beperken, vergeleken met het vaak langdurige tabaksgebruik, zal naar verwachting de bijdrage van het roken van cannabis op de incidentie van kanker beperkt blijven.
- Tot nu toe is niet aangetoond dat cannabisgebruik tijdens de zwangerschap ernstige aangeboren afwijkingen veroorzaakt. Voor zover er afwijkingen gevonden zijn gaat het om subtiele effecten op de cognitieve ontwikkeling van het kind op latere leeftijd.



- Epidemiologische studies hebben tot nu toe geen aanwijzing gegeven voor een blijvend verhoogd risico van cannabisgebruik op hart- en vaatziekten. Kort na het roken van cannabis wordt een verhoogd risico op een hartinfarct gevonden, maar daarbij kunnen ook andere factoren een rol spelen, zoals tabakgebruik en vetzucht. Mensen met een bestaande hart en vaatziekte behoren wel tot een risicogroep (CAM, 2008).
- Aanwijzingen voor nadelige effecten op de hersenen worden alleen gevonden in associatie met extreem zwaar en langdurig cannabisgebruik, maar onduidelijk is in hoeverre deze na verloop van tijd weer 'herstellen'. Mogelijk zijn jongeren gevoeliger voor deze effecten dan volwassenen.

De rol van de tot voor kort toenemende concentratie van THC in Nederwiet bij het optreden van acute en chronische (gezondheids)problemen is niet duidelijk.

- Het RIVM verrichtte in 2005 onderzoek naar de acute effecten van sterke cannabis (joints met 33, 51 en 70 mg THC). De resultaten lieten een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek zien. De effecten waren sterker naarmate de dosis THC hoger was (Mensinga et al., 2006). Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico.
- Cannabisgebruik heeft ook een dosis-afhankelijk negatief effect op de rijvaardigheid.
- Mogelijk zijn de risico's op een psychose groter in cannabis met een hoog THC-gehalte en laag cannabidiol gehalte, maar het onderzoek hiernaar is nog beperkt (Di Forti et al., 2009).
- Zowel de acute als lange termijn gevolgen van het gebruik van cannabis met een hoger THC-gehalte hangen samen met de hoeveelheid cannabis die iemand gebruikt en uiteindelijk binnenkrijgt.

### **Sterfte**

De giftigheid van cannabis is gering. Het merendeel van de intoxicaties met cannabis kent een mild verloop. Ernstig verloopende intoxicaties treden soms op na inname van grote hoeveelheden cannabis (CAM, 2008).

- De afgelopen twintig jaar stond directe sterfte door inname van cannabis niet genoteerd op de doodsoorzakenformulieren bij het CBS.
- Ook uit andere landen zijn geen directe sterfgevallen bekend die alleen aan cannabis te wijten zijn.

## 2.8 Aanbod en markt

### Coffeeshops en overige verkooppunten

- Tussen 1997 en 2000 daalde het aantal coffeeshops van ruim elfhonderd naar rond de achthonderd (Bieleman en Goeree, 2001). Ook na 2000 daalde elk jaar het aantal coffeeshops (tabel 2.11). Tussen 2000 en 2007 daalde het aantal coffeeshops met veertien procent (Bieleman et al., 2008).
- Eind 2007 telde Nederland 702 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (51%) in steden met meer dan 200 duizend inwoners.
- In 2007 heeft 76 procent van de gemeenten géén coffeeshop.

Tabel 2.11 Aantal coffeeshops in Nederland naar inwonertal gemeenten, vanaf 2000

Gemeenten naar aantal inwoners	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
< 20 000 inwoners	13	11	12	12	10	10	10	10
20 - 50 000 inwoners	81	86	79	73	77	75	86	86
50 - 100 000 inwoners	109	112	106	104	101	103	105	105
100 - 200 000 inwoners	168	167	174	168	166	161	148	143
> 200 000 inwoners:	442	429	411	394	383	380	370	358
- Amsterdam	283	280	270	258	249	246	238	229
- Rotterdam	63	61	62	62	62	62	62	62
- Den Haag	62	55	46	41	40	40	40	40
- Utrecht	18	17	18	18	17	17	17	14
- Eindhoven	16	16	15	15	15	15	15	15
Totaal	813	805	782	754 <sup>1</sup>	737	729	719	702

1. In 2003 werden drie coffeeshops niet ingedeeld naar gemeentegrootte. Bron: Intraval.

- De Universiteit van Amsterdam heeft het kopen van cannabis onderzocht. In gemeenten met officieel gedoogde coffeeshops wordt naar schatting 70 procent van de lokale cannabis direct in de coffeeshop gekocht (Korf et al., 2005b). Hoe groter het aantal coffeeshops per 100 duizend inwoners, hoe groter het aandeel van de lokale coffeeshops in de lokale verkoop.
- Landelijk (exclusief grote steden en gemeenten zonder coffeeshops) zijn er naar schatting enkele duizenden niet-gedoogde cannabisaanbieders. Daarbij gaat het zowel om vaste verkooppunten, zoals thuisdealers en zogenaamde 'onder-de-toonbank' dealers in horecagelegenheden, als mobiele verkooppunten, zoals thuisbezorging na telefonische bestellingen en straatdealers.
- Deze verkooppunten nemen naar schatting 30 procent van de lokale verkoop voor hun rekening.

## Kwaliteit en prijs

Het Trimbos-instituut verzamelt informatie over de sterkte van cannabis, dat wil zeggen de concentratie van werkzame bestanddelen, vooral THC (tetrahydrocannabinol). Sinds 2000 worden geregeld monsters van verschillende cannabismonsters aangekocht en chemisch geanalyseerd (Niesink et al., 2009).

- In alle peilingen bevatte de Nederlandse wiet gemiddeld meer THC dan wiet die werd geïmporteerd. Het gaat hier om wietmonsters die door de verkopers in coffeeshops als meest populair (i.e. het meest verkocht) worden beschouwd, tenzij anders vermeld.
- Figuur 2.8 laat zien dat het gemiddelde THC-gehalte in nederwietmonsters tussen 2000 en 2004 fors is gestegen. In 2005 trad een daling op in het gemiddelde percentage THC van 20 naar 18 procent, die zich in 2006 niet verder voortzette. Vanaf 2007 stabiliseert het gemiddelde percentage THC op vijftien tot zestien procent.
- Verschillen in THC-gehalte tussen de sterkste en meest populaire nederwietvarianten waren al die jaren niet significant.
- Het percentage THC in geïmporteerde wiet schommelde in de afgelopen jaren rond de zeven procent.
- Het percentage THC in geïmporteerde hasj steeg tot 2002 en schommelde in de jaren er na. In 2007 was sprake van een daling, maar deze zette zich niet door. In 2009 bevatten monsters geïmporteerde hasj gemiddeld 17 procent THC. Nederwiet is grotendeels afkomstig van de intensieve en professionele binnenteelt, die vergeleken met de buitenteelt doorgaans wiet oplevert met een hoger THC-gehalte.

In 2007 is nader onderzoek verricht naar de kwaliteit van nederwiet (Niesink et al., 2007; Van Amsterdam et al., 2007). Aanleiding waren signalen dat nederwiet in toenemende mate versneden wordt met stoffen, zoals glaspareltjes, zand, lood, of vloeistoffen om de wiet een beter uiterlijk te geven (glanzender) en om het gewicht ervan kunstmatig te verhogen.

- Microscopisch onderzoek naar 100 wietmonsters uit coffeeshops toonde vrijwel geen versnijdingen aan met zand of glaspareltjes.
- In enkele andere monsters, die bij het DIMS werden aangeleverd en als 'verdacht' werden aangemerkt maar niet via de coffeeshops werden verkregen, zijn glaspoeder en kalk aangetroffen.
- Over de aanwezigheid van andere stoffen in nederwiet, zoals pesticiden en groei- en bloeistimulators, en de mate waarin deze schadelijk zijn voor de gezondheid van de cannabisgebruiker, is weinig bekend.

Figuur 2.8 Gemiddeld percentage THC in cannabisproducten, vanaf 2000



De percentages hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin in de maand januari monsters werden verzameld. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

Tabel 2.12 geeft de gemiddelde prijzen van een gram cannabis aangeschaft in coffeeshops.

- De gemiddelde prijs van een gram nederwiet was in 2009 bijna twee euro hoger dan in 2006. De gemiddelde prijs van een gram wiet die als sterkste variant was aangekocht (niet in tabel) steeg van 7,76 euro in 2007 naar 10,47 euro in 2009.
- Mogelijk hangen prijsstijgingen samen met de intensivering van de bestrijding van (grootschalige) wietteelt. Ook de hete zomer in 2006, waardoor relatief veel wiet-oogsten mislukten, werd als mogelijke verklaring genoemd (Wouters et al., 2007).
- De prijs van geïmporteerde hasj steeg tussen 2007 en 2009 met een euro per gram. De prijs van een gram geïmporteerde wiet lag in 2008 en 2009 rond de vijf euro.

Tabel 2.12 Gemiddelde prijs (€) per gram cannabisproduct in coffeeshops, vanaf 2001

Cannabisproduct	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nederwiet	5,86	6,10	6,45	5,97	6,22	6,20	7,30	7,67	8,12
Geïmporteerde wiet	4,10	4,16	4,32	4,86	4,11	4,40	4,30	5,16	4,88
Geïmporteerde hasj	6,36	7,14	7,56	6,60	6,78	7,30	7,70	8,09	8,70

De prijzen hebben betrekking op monsters die in december/januari zijn verzameld. De jaartallen verwijzen naar het jaar waarin de maand januari valt. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

## 3 Cocaïne

Cocaïne werkt stimulerend. Veel gebruikers van cocaïne weten deze drug in hun leven in te passen zonder in problemen te komen. Zij consumeren cocaïne voor recreatieve doeleinden. Toch kan de drug leiden tot verslaving.

Cocaïne kan in verschillende vormen worden toegediend (Boekhout van Solinge, 2001). De zoutvorm van cocaïne (cocaïnehydrochloride; poeder) wordt in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd. Een enkele keer wordt cocaïnepoeder in een sigaret gerookt. Straatnamen voor de poedervorm van cocaïne zijn: "strekje", "niffeltje", "noezie", "sos", "nakkie", "snuiffie", "hakkie", "niffie", "coca", "sosa", "wit", "dvd'tje", "kokkie" en "peppie" (Nabben et al., 2007a).

Onder probleemgebruikers van harddrugs is vooral de basevorm van cocaïne populair. Deze vorm van cocaïne wordt "basecoke", "freebase", of "gekookte coke" genoemd. Basecoke wordt verkregen na het verhitten ('koken') van een oplossing van cocaïnepoeder en een basisch middel, zoals natriumbicarbonaat of ammonia. Basecoke wordt gerookt in een pijpje of geïnhaald van aluminiumfolie. Beide gebruikswijzen noemen wij hier roken, tenzij anders vermeld. De internationaal gangbare benaming voor basecoke is "crack". Crack heeft zijn naam te danken aan het knetterend geluid dat tijdens de verhitting ontstaat. In de jaren tachtig maakten de gebruikers zelf de basecoke. Tegenwoordig wordt basecoke veelal kant-en-klaar op straat verkocht.

Onderstaande gegevens gelden voor alle vormen van cocaïne samen, tenzij anders aangegeven.

### 3.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over cocaïne in dit hoofdstuk zijn:

- Onder de schoolgaande jongeren van 12-18 jaar in het regulier onderwijs is het oitgebruik van cocaïne tussen 1996 en 2007 licht gedaald. Het actuele gebruik bleef stabiel (§ 3.2).
- Jongeren van REC-4 scholen in het speciaal onderwijs hebben vaker ervaring met cocaïnegebruik dan leeftijdgenoten van het regulier onderwijs en andere vormen van het speciaal onderwijs (§ 3.2).
- Cocaïne is na ecstasy de meest populaire harddrug onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen (§ 3.2)
- Op de maat recent cocaïnegebruik in de algemene bevolking scoort Nederland onder het midden vergeleken met andere Europese lidstaten (§ 3.5).
- De lichte daling tussen 2004 en 2006 in het totaal aantal cocaïnecliënten bij de verslavingszorg heeft zich in 2007 niet voortgezet, maar in 2008 vond er weer een

lichte daling plaats. Trends verschillen echter voor cliënten met een primair snuifcokesprobleem (toename) en primair crackprobleem (daling) (§ 3.6).

- Cocaïnegebruik speelt bij drugsgerelateerde ongevallen bij spoedeisende eerste hulpafdelingen in ziekenhuizen een belangrijke rol (§ 3.6)
- Tussen 2007 en 2008 bleef het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen vanwege cocaïnemisbruik en – afhankelijkheid als nevendiagnose vrij stabiel. Over een langere periode bezien tekent zich een stijging af (§ 3.6).
- Het aantal geregistreerde acute sterfgevallen wegens cocaïnegebruik is laag en bleef tussen 2004 en 2008 stabiel (§ 3.7).
- Cocaïnepoeders van consumenten bevatten de laatste jaren relatief vaak geneesmiddelen. Vooral het aantal cocaïnepoeders met levamisol neemt toe (§ 3.8).

### 3.2 Gebruik: algemene bevolking

- Tussen 2001 en 2005 steeg het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met cocaïne (tabel 3.1). Het verschil tussen 1997 en 2001 was niet significant (Rodenburg et al., 2007).
- Het percentage recente gebruikers bleef in alle drie de peilingen op het zelfde niveau. Het percentage actuele gebruikers was in de peilingen van 1997 en 2005 gelijk. De daling in 2001 was niet significant.
- In absolute getallen telde Nederland in 2005 naar schatting 32 duizend actuele cocaïnegebruikers. Deze cijfers zijn vrijwel zeker een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in bevolkingsonderzoek zoals het NPO ondervertegenwoordigd zijn.
- De jaarlijkse aanwas van mensen die voor het eerst cocaïne gebruiken is gedaald van 0,4% in 2001 naar 0,1% in 2005. Deze cijfers kunnen duiden op een dalende nieuwe instroom van cocaïne.

**Tabel 3.1 Gebruik van cocaïne in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001 en 2005**

	1997	2001	2005
Ooitgebruik	2,6%	2,1%	3,4%
Recent gebruik <sup>I</sup>	0,7%	0,7%	0,6%
Actueel gebruik <sup>II</sup>	0,3%	0,1%	0,3%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,3%	0,4%	0,1%
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers <sup>I</sup>	27,7 jaar	26,7 jaar	31,9 jaar

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005). I. In het afgelopen jaar. II. in de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO.

### **Leeftijd, geslacht en stedelijkheid**

- Ooitgebruik van cocaïne komt het meest voor onder mannen (5,2%, versus 1,6% onder vrouwen) en in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar (5,3%, versus 2,8% onder 15-24-jarigen en 1,6% onder 45-64-jarigen).
- Ook hebben mensen in de grote steden het vaakst ervaring met cocaïne. Zo heeft 7,6% van de bevolking in zeer sterk stedelijke gebieden ooit cocaïne gebruikt versus 0,7% van de bevolking in niet-stedelijk gebieden.
- De aantallen recente en actuele gebruikers zijn te klein voor een verder uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- Tussen 2001 en 2005 steeg de gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers van cocaïne lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,6 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 23,1 jaar.

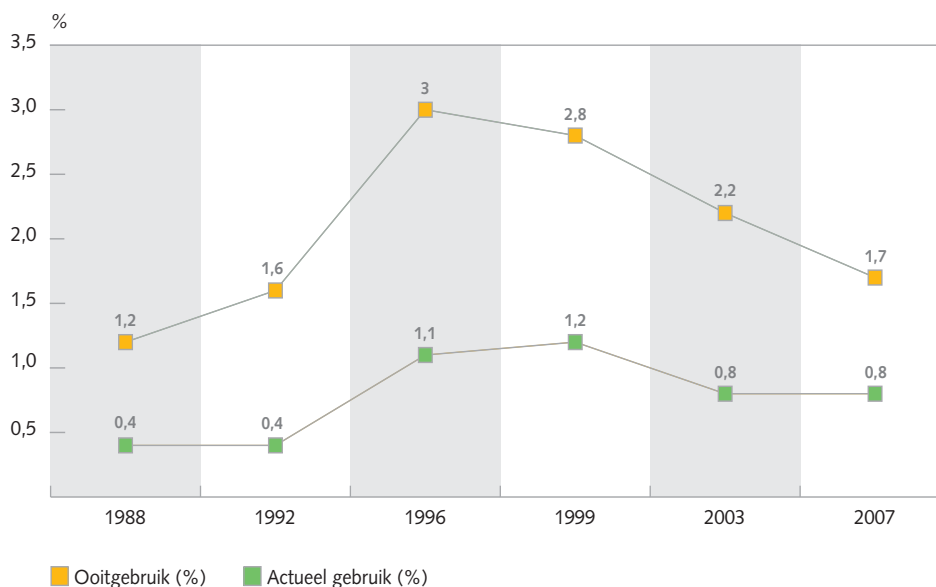
## **3.3 Gebruik: jongeren**

### **Scholieren**

Vergeleken met cannabis gebruiken aanzienlijk minder leerlingen van het middelbaar onderwijs harddrugs, zoals cocaïne. Dit blijkt uit het Peilstationsonderzoek scholieren (Monshouwer et al., 2008).

- In het cocaïnegebruik onder de scholieren deed zich van 1988 tot 1996 wel een stijging voor in de percentages ooitgebruik en actueel gebruik (figuur 3.1).
- In de metingen na 1996 zette deze trend zich niet voort. Het percentage leerlingen dat ooit ervaring had met cocaïne is licht gedaald; het verschil tussen 1996 en 2007 is statistisch significant. Het percentage actuele cocaïnegebruikers bleef in deze periode stabiel (figuur 3.1).
- Meer jongens dan meisjes hebben ooit (2,1 - 1,3%) of pas nog (1,1 - 0,4%) cocaïne gebruikt.
- De percentages cocaïnegebruikers lijken iets lager te liggen onder leerlingen van het VWO vergeleken met HAVO en VMBO, maar deze verschillen zijn niet statistisch significant.

Figuur 3.1 Gebruik van cocaïne onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Scholieren van het speciaal onderwijs

Tabel 3.2 laat zien dat scholieren van REC-4 scholen aanzienlijk vaker ervaring hebben met cocaïne dan hun leeftijdgenoten van andere schooltypen (Kepper et al., 2009). Het ooitgebruik van cocaïne ligt onder deze scholieren hoger dan onder scholieren van zowel het praktijkonderwijs (pro), het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo), als het reguliere onderwijs. Deze verschillen zijn alleen significant voor de leeftijdsgroepen 14-15 jaar en 16 jaar. Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).



**Tabel 3.2 Ooitgebruik van cocaïne onder scholieren van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep**

	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal onderwijs			
REC-4 <sup>I</sup>	1,1%	6,5%	13,1%
Pro <sup>II</sup>	1,7%	2,4%	3,2%
Lwoo <sup>III</sup>	0,6%	2,5%	2,0%
Regulier onderwijs	0,9%	1,7%	2,5%

Percentage ooitgebruik. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

### Speciale groepen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt de consumptie van cocaïne vrij vaak voor. Tabel 3.3 vat de resultaten samen van diverse, vaak lokale, studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. Trendcijfers zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam.

#### ***Uitgaande jongeren en jongvolwassenen***

- Cocaïne is relatief populair onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen, maar het gebruik van het middel vindt ook vaak in privésettingen plaats (Benschop et al., 2009; Van der Poel, 2009).
- In Amsterdam daalde het percentage ooitgebruikers van cocaïne onder bezoekers van trendy clubs tussen 2003 en 2008 van 39 naar 33 procent. Het percentage actuele gebruikers bleef echter stabiel op veertien procent (Benschop et al., 2009). Het ging daarbij vooral om het snuiven van cocaïne. Sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven signaleren in 2008 een stabilisering van de populariteit. Het gebruik lijkt steeds minder tot het weekend beperkt te zijn.
- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
  - Twaalf procent van de bezoekers was een actuele cocaïnegebruiker.
  - Vijf procent van de bezoekers had tijdens de uitgaansavond zelf cocaïne gebruikt, maar dit aandeel varieerde sterk tussen party's (range: 0,6 tot 15%), Gemiddeld namen zij die avond 0,6 gram cocaïne. Cocaïnegebruik tijdens het uitgaan kwam het meest voor in de leeftijdsgroep 25-29 jaar.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen, Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel),

Midden (Utrecht, Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland, Limburg).

- Het percentage actuele cocaïnegebruikers was lager vergeleken met bezoekers van party's en festivals en varieerde van 3 procent in de regio's Oost en Noord tot respectievelijk 5,6 en 5,8 procent in de regio's Zuid en West. Op basis van deze regionale gegevens zal ook een landelijke schatting van het middelengebruik onder clubbezoekers worden gemaakt. Deze gegevens zijn voor dit jaarbericht nog niet beschikbaar, maar zullen in de eindrapportage van het uitgaansonderzoek worden opgenomen.
- Volgens kwalitatieve panelstudies met sleutelfiguren in het uitgaansleven is cocaïne doorgedrongen tot een breed en gevarieerd publiek.
  - In 2006/2007 signaleren sleutelfiguren dat het gebruik van cocaïne in het hele land een verzadigingspunt heeft bereikt (Nabben et al., 2007b).
  - Onder (werkende) plattelandsjongeren is echter een stijgende populariteit van cocaïne waargenomen. Ook studenten, voetbalsupporters en horecapersoneel zouden het middel bijzonder waarderen (Nabben et al., 2007b; Grund et al., 2007).
  - In 2009 signaleren sleutelfiguren in Gelderland dat het gebruik van snuifcocaïne, vanwege de hoge prijs, nog steeds is voorbehouden aan een relatief bemiddelde groep liefhebbers van stimulerende middelen in het uitgaansleven (De Jong et al., 2009).
- In het uitgaanscircuit wordt cocaïne geregeld samen met alcohol geconsumeerd.
  - In het landelijk onderzoek uit 2008/2009 had 3,9 procent van de bezoekers van party's en festivals tijdens de uitgaansavond zowel cocaïne als alcohol geconsumeerd; 1,3 procent had alleen cocaïne (zonder alcohol) gebruikt (Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht, 2010).
  - De overmatige consumptie van alcohol in het uitgaansleven wordt wel genoemd als een van de redenen van de populariteit van cocaïne (Nabben et al., 2007b). Cocaïne zou een ontzuiverend effect hebben waardoor men langer en meer zou kunnen drinken, zo denken sommige gebruikers van alcohol (Pennings et al., 2002).

### **Probleemjongeren**

- Voor zover cijfers beschikbaar zijn en vergelijking kunnen worden gemaakt lijkt het gebruik van crack onder probleemjongeren vaker voor te komen dan onder hun leeftijdgenoten in het algemeen. De percentages zijn niettemin laag (tabel 3.3).
- Recent onderzoek onder jongeren in de jeugdzorg, zowel in Amsterdam als op landelijk niveau, laat zien dat crack in deze groep nauwelijks wordt gebruikt (Nabben et al., 2007a; Kepper et al., 2009).
- In de afgelopen jaren signaleerden sleutelfiguren desondanks een opmars van crack onder probleemjongeren in Gelderland (De Jong et al., 2008, 2009), hangjongeren in Den Bosch (Stoele et al., 2005), gemarginaliseerde jongeren in Eindhoven (Van 't Klooster et al., 2006), gemarginaliseerde jongeren in Maastricht (Coumans et al., 2005) en gemarginaliseerde jongeren in Parkstad Limburg (Van der Dam et al., 2006). Trendcijfers ontbreken echter.

Tabel 3.3 Gebruik van cocaïne in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik	Actueel gebruik
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>					
- Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 - 35	23%	10%
- Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 - 44	13%	4%
- Cafébezoekers <sup>I</sup>	Amsterdam <sup>II</sup>	2005	Gemiddeld 27	26%	8%
- Bezoekers horeca	Eindhoven	2005	14 - 34	20%	6%
- Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gemiddeld 23	20%	8%
- Bezoekers van discotheken	Nijmegen <sup>III</sup>	2006	Gemiddeld 21	11%	3%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Gemiddeld 28	39%	14%
		2008	Gemiddeld 25	33%	14%
- Coffeeshopbezoekers	Nijmegen	2005/2006	Gemiddeld 27	33%	10%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk <sup>IIII</sup>	2008/2009	Gemiddeld 24	27%	12%
<b>Probleemjongeren</b>					
- Gedetineerde jongeren <sup>IV</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	16% <sup>VI</sup> 5% <sup>VII</sup>	6% <sup>VI</sup> 2% <sup>VII</sup>
- School drop-outs <sup>IV</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	10% <sup>VI</sup> 4% <sup>VII</sup>	2% <sup>VI</sup> 1% <sup>VII</sup>
- Zwerfjongeren <sup>VI</sup>	Flevoland	2004	13 - 22	29% <sup>VI</sup> 19% <sup>VII</sup>	10% <sup>VI</sup> 6% <sup>VII</sup>
- Jongeren in de jeugdzorg <sup>VIII</sup>	Amsterdam	2006	Gemiddeld 17	8% <sup>VI</sup> 4% <sup>VII</sup>	2% <sup>VI</sup> 1% <sup>VII</sup>
- Jongeren in de residentiële Jeugdzorg	Landelijk	2008	12 - 13	6% <sup>VI</sup> 3% <sup>VII</sup>	- -
			14 - 15	17% <sup>VI</sup> 4% <sup>VII</sup>	- -
			16	18% <sup>VI</sup> 3% <sup>VII</sup>	- -

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. V. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. VI. Snufbare cocaïne in poedervorm. VII. Rookbare cocaïne in de vorm van crack. VIII. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: Parnassia; GGD Zaanstreek-Waterland; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam; Novadic-Kentron; GGD Zuid-Holland Noord; Tendens, Iriszorg; Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam; Mondriaan Zorggroep; EXPLORE, Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

### 3.4 Problematisch gebruik

Betrouwbare schattingen van het totale aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken. Volgens veldstudies en registratiegegevens gaat het globaal om drie groepen gebruikers.

- De eerste groep bestaat uit de probleemgebruikers van opiaten (zie § 4.4), die tegenwoordig vrijwel allemaal óók cocaïne gebruiken, veelal de kant-en-klare rookbare vorm crack (Lempens et al., 2004; Buster en De Fuentes Merillas, 2004). Onder meer vanwege de snellere werking leidt crackgebruik sneller tot dwangmatig gedrag en verslaving dan snuifcocaïne (Van de Mheen, 2000; De Graaf et al., 2000; Coumans et al., 2000). Voor veel opiaatverslaafden is cocaïne het belangrijkste middel. Zij hebben vrij veel moeite het gebruik te stoppen of te minderen en zij hebben een dagtaak aan het verkrijgen van de drug (Vermeulen et al., 2001). Gebruik van crack kan de marginalisering van problematische opiaatgebruikers versnellen en de drugsscène verharden (Coumans, 2005).
- In de harddrugsscene komen ook probleemgebruikers voor die frequent cocaïne, vooral crack, consumeren, zonder daarnaast heroïne te nemen. Onbekend is hoe groot deze groep is. Onderzoek naar de omvang en kenmerken van de groep gebruikers van crack (met of zonder opiaten), is in gang gezet (Van den Brink et al., 2008). Volgens onderzoek in Rotterdam kan crackgebruik vooral bij jongeren een katalysator zijn voor een marginaliseringsproces, waarbij zij meer en meer los komen te staan van gezin, werk en gezondheidszorg (Van der Poel et al., 2004).
- De derde groep bestaat uit gebruikers bij wie het aanvankelijk recreatief gebruik van snuifcocaïne is overgegaan in problematisch gebruik ('de ontspoorde cocaïnesnuivers'). In vergelijking met crackgebruikers zijn zij doorgaans begonnen met het gebruik van snuifcocaïne vanuit een meer maatschappelijk geïntegreerde positie. De aantallen in deze groep zijn niet bekend. Volgens onderzoek in 2008 onder clubbezoekers in Amsterdam vond ruim een kwart van de actuele gebruikers wel eens dat hij of zij te veel of te vaak cocaïne gebruikte (Benschop et al., 2009).

### 3.5 Gebruik: internationale vergelijking

#### Algemene bevolking

In de algemene bevolking van westerse landen is het aantal mensen dat harddrugs zoals cocaïne gebruikt, aanzienlijk kleiner dan het aantal mensen dat cannabis gebruikt (EMCDDA, 2009).

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 3.4a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 3.4b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen.
- Het percentage mensen tot de leeftijd van zestig of zeventig jaar dat ervaring heeft met cocaïne is veruit het grootst in de Verenigde Staten en Canada. In de EU-15 en Noorwegen varieert het percentage ooitgebruikers van minder dan een procent in

Griekenland tot zeven procent in Spanje en 7,7% in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales). Van alle EU-lidstaten ligt het percentage ooitgebruikers het laagst in Roemenië, Malta en Litouwen (0,4%). In Nederland heeft ruim drie procent (3,4%) van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar ervaring met cocaïne. Dat ligt dicht bij het Europese gemiddelde van 3,6%.

- Slechts in vier van de EU-27 landen en Noorwegen heeft meer dan een procent van de inwoners in het afgelopen jaar nog cocaïne gebruikt. Deze vier landen zijn Ierland (1,7%), Italië (2,2%), het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales, 2,6%) en Spanje (3,0%). Het percentage recente gebruikers ligt ook hoger in de Verenigde Staten (2,1%), Canada (1,9%) en Australië (1,6%). In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van cocaïne (0,6%) onder het Europese gemiddelde van 1,2%.

**Tabel 3.4a** Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

Land	Jaar	Ooitgebruik	Recent gebruik
Spanje	2005/2006	7,0%	3,0%
Italië	2005	6,6%	2,2%
Ierland	2006/2007	5,3%	1,7%
Nederland	2005	3,4%	0,6%
Noorwegen	2004	2,7%	0,8%
Frankrijk	2005	2,6%	0,6%
Oostenrijk	2004	2,3%	0,9%
Portugal	2007	1,9%	0,6%
Finland	2006	1,1%	0,5%
Griekenland	2004	0,7%	0,1%

Versillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen. Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). Bron: EMCDDA.

**Tabel 3.4b** Consumptie van cocaïne onder de algemene bevolking van enkele EU-15 lidstaten, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen<sup>1</sup>

Land	Jaar	Leeftijd (jaar)	Ooitgebruik	Recent gebruik
Verenigde Staten	2008	12 en ouder	14,7%	2,1%
Canada	2004	15 en ouder	10,6%	1,9%
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2006/2007	16 - 59	7,7%	2,6%
Australië	2007	14 en ouder	5,9%	1,6%
Denemarken	2005	16 - 64	4,0%	1,0%
Duitsland	2006	18 - 64	2,5%	0,6%
Zweden	2000	16 - 64	0,7%	0,0%

**Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.** Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Druggebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en de oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, AIHW, CAS, SAMHSA.

### Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa werd in 1999, 2003, en 2007 gevraagd naar het ooitgebruik van cocaïne (Hibell et al., 2000, 2004, 2009). In 2003 is ook gevraagd naar het recent gebruik. De cijfers uit dit onderzoek zijn beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking.

- Tabel 3.5 toont het gebruik van cocaïne onder scholieren in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde wel vergelijkbaar onderzoek uit.
- Amerikaanse scholieren hebben vaker ervaring met cocaïne dan hun leeftijdgenoten in de meeste van de genoemde landen van de EU, Noorwegen en Zwitserland. Alleen het Verenigd Koninkrijk, Italië en Frankrijk halen in 2007 hetzelfde percentage ooitgebruik als de Verenigde Staten (5%).
- Nederland, Denemarken, Duitsland en Zwitserland nemen met drie procent een middenpositie in, maar de verschillen met de andere landen zijn klein.

Tabel 3.5 Consumptie van cocaïne onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten<sup>I</sup>. Peiljaren 1999, 2003 en 2007

Land	1999	2003		2007
	Ooit	Ooit	Recent	Ooit
Verenigde Staten <sup>I</sup>	8%	5%	3%	5%
Verenigd Koninkrijk	3%	4%	3%	5%
Italië	2%	4%	3%	5%
Frankrijk	2%	3%	-	5%
Spanje <sup>II</sup>	-	6%	5%	4%
Ierland	2%	3%	1%	4%
België	-	3%	1%	4%
Nederland	3%	3%	1%	3%
Denemarken <sup>II</sup>	1%	2%	2%	3%
Duitsland <sup>III</sup>	-	2%	2%	3%
Zwitserland	-	1%	0%	3%
Portugal	1%	3%	2%	2%
Zweden	1%	1%	0%	2%
Griekenland	1%	1%	1%	1%
Noorwegen	1%	1%	1%	1%
Finland	1%	0%	0%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en, voor 2003, in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten.

I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit.

II. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. Duitsland voor zes van zestien deelstaten. Bron: ESPAD.

## 3.6 Hulpvraag

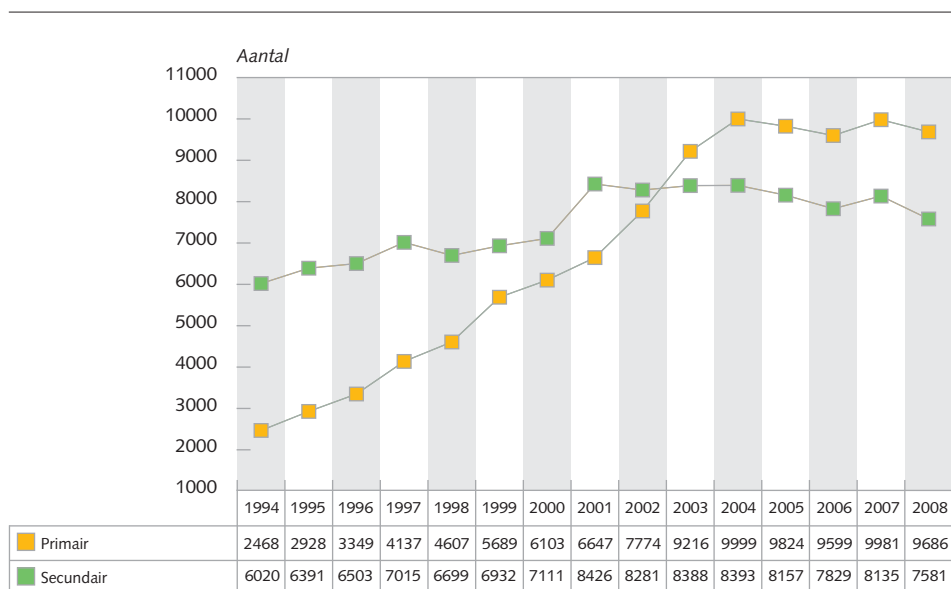
### Verslavingszorg

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg (Ouweland et al., 2009; IVZ, 2009). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten met cocaïne als primair probleem werd tussen 1994 en 2004 vier keer zo groot. Tussen 2004 en 2006 deed zich voor het eerst een kleine daling voor in dit aantal, die zich in 2007 niet voortzette, maar tussen 2007 en 2008 deed zich weer een daling voor van drie procent (figuur 3.2).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire cocaïnecliënten van 20 in 1994 naar 76 in 2004, en schommelde het vervolgens tussen 72 en 74.
- Het aandeel cocaïnecliënten van alle cliënten met een drugsprobleem groeide van 13 procent in 1994 naar 29 procent in 2008.

- In 2008 was ongeveer een op de zes primaire cocaïnecliënten een nieuwkomer (16%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2008 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- Voor de helft van de primaire cocaïnecliënten (50%) is roken (crack) de belangrijkste wijze van gebruik en voor bijna de andere helft (47%) snuiven. Slechts één procent injecteert de cocaïne.
- De daling tussen 2004 en 2006 in het aantal primaire cocaïnecliënten was het gevolg van een daling in het aantal crackgebruikers. Hun aandeel nam in deze periode af van 61 naar 54 procent. In 2007 zette deze trend zich voort met een verdere daling naar 50 procent die zich stabiliseerde in 2008. Het aandeel van de snuifcocaïnecliënten steeg van 41 procent in 2006 naar 47 procent in 2008.
- De meeste primaire cocaïnecliënten (77%) hadden ook problemen met een ander middel, vooral alcohol (28%), cannabis (21%), heroïne (12%) en stimulerende middelen (2%). Voor ongeveer een kwart (23%) was cocaïne het enige probleem.
- Cocaïne werd ook vaak als secundair probleem genoemd (figuur 3.2). Voor deze groep is het primaire probleem heroïne (43%), alcohol (37%), of cannabis (12%). Van 2006 naar 2007 steeg het aantal cliënten met secundaire cocaïneproblematiek met vier procent, maar tussen 2007 en 2008 vond er weer een daling plaats met zeven procent.

**Figuur 3.2** Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire cocaïneproblematiek, vanaf 1994<sup>1</sup>



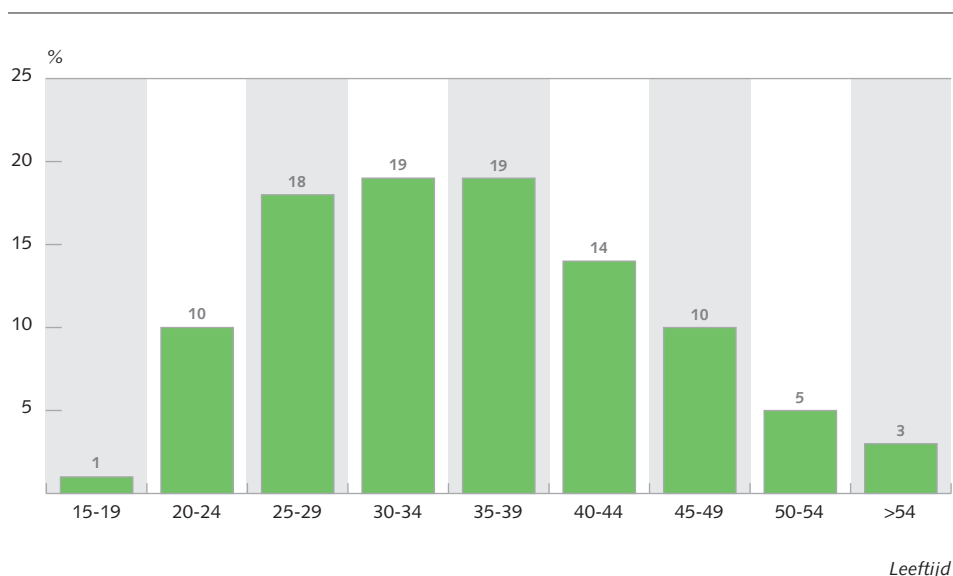
*1. De stijging in secundaire cocaïnecliënten van 2000 naar 2001 komt voor een deel door de aanlevering (sinds 2001) van gegevens van opiaatcliënten van de GGD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ (2009).*



### Leeftijd en geslacht

- In 2008 waren ruim acht op de tien primaire cocaïnecliënten man (82%). Het aandeel vrouwen is sinds 1999 iets gestegen (16% in 1994-1999, 17% in 2000 en 18% in 2001-2008).
- In 2008 was de gemiddelde leeftijd 36 jaar. Daarmee zijn de primaire cocaïnecliënten jonger dan de opiaat-, en alcoholcliënten maar ouder dan de cannabis-, ecstasy- en amfetaminecliënten.
- Figuur 3.3 laat zien dat 56 procent van de primaire cocaïnecliënten tussen de 25 en 39 jaar is. Het aandeel jonge cocaïnecliënten van 15-29 jaar is in de loop der jaren gedaald van 56 procent in 1994 naar 29 procent in 2008.

**Figuur 3.3** Leeftijdsverdeling van primaire cocaïnecliënten bij de (ambulante) verslavingszorg. Peiljaar 2008



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (2009).

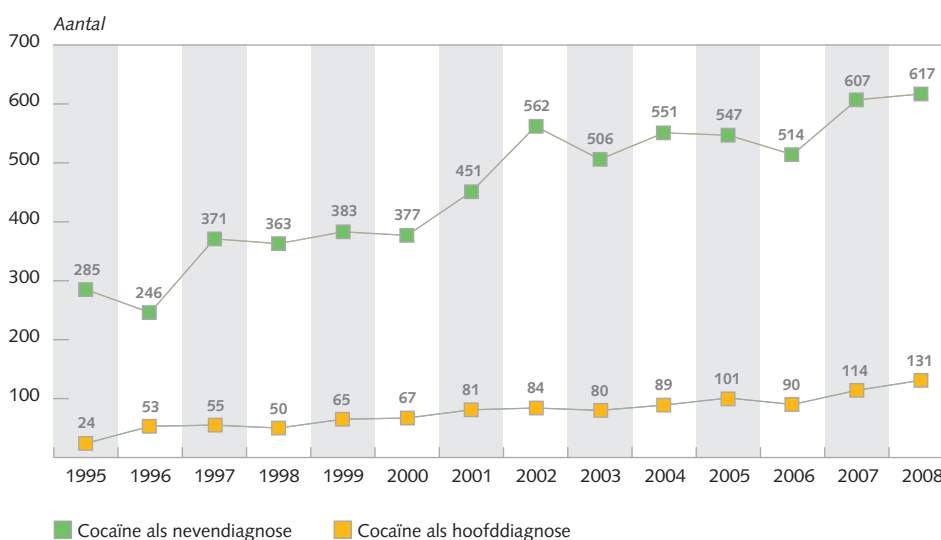
### Algemene ziekenhuizen; incidenten

In algemene ziekenhuizen worden cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid niet vaak als hoofddiagnose geregistreerd bij klinische opnames.

- In 2008 ging het om 131 gevallen, waarvan 69 procent vanwege cocaïnemisbruik en 31 procent vanwege cocaïneafhankelijkheid (figuur 3.4).
- Cocaïneproblemen spelen vaker een rol als nevendiagnose. In het afgelopen decennium is ondanks jaarlijkse fluctuaties een globale stijging te zien in het aantal opnames met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als nevendiagnose. Tussen 2006 en 2007 steeg het aantal nevendiaagnoses met achttien procent van 514 naar 607 nevendiaagnoses en in 2008 stabiliseerde dit aantal op 617 nevendiaagnoses.

- De meest voorkomende categorieën hoofddiagnoses, die in 2008 stonden geregistreerd bij cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als neventdiagnose, waren:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (18%)
  - letsel door ongevallen (15%, zoals breuken, wonden, hersenschudding)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol en drugs (14%)
  - vergiftigingen (12%)
  - ziekten van hart- en vaatstelsel (9%)
  - psychosen (5%).

**Figuur 3.4 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1995**



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbelstellingen van personen of meer neventdiagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.2, 305.6 (bijlage C). Bron: Dutch Hospital Data, LMR, Prismant.

- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één neventdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbelstellingen ging het in 2008 om 599 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met cocaïnemisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of neventdiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 35 jaar; 73 procent was man. De piek bevindt zich in de leeftijdsgroep van 25 tot en met 34 jaar (35%).
- De LMR registreerde in 2007 en in 2008 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met cocaïne als neventdiagnose (ICD-9 code E855.2).

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 3 800 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp

afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld, of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (Valkenberg, 2009). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine en paddo's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2004 tot en met 2008 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Cocaïne is de meest frequent genoemde drug. Bijna een op de drie (30%) drugslachtoffers geeft aan cocaïne te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (65%), dan maakt cocaïne 46 procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Ongeveer elf procent van alle drugslachtoffers (410 gevallen) wordt behandeld voor de complicaties veroorzaakt door een vreemd voorwerp in het lichaam. Het gaat hier vooral om bolletjesslikkers.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen, want de invloed van drugs wordt niet systematisch onderzocht.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs (Van Velzen et al., 2009).

- Het aantal informatieverzoeken voor cocaïne steeg gestaag tussen 2000 en 2003 en fluctueerde in de jaren er na. Van 2006 naar 2007 en vervolgens 2008 trad een lichte stijging op (tabel 3.6). De stijging van 2007 naar 2008 komt ten dele doordat in 2008 voor het eerst de meldingen via de website zijn meegeteld.
- Trends in het aantal informatieverzoeken weerspiegelen niet per sé trends in het aantal intoxicaties. Ook de bekendheid van hulpverleners met de symptomen en behandeling van een bepaalde drugsintoxicatie, en de daarmee samenhangende behoefte om het NVIC te raadplegen, kan een rol spelen.

**Tabel 3.6 Informatieverzoeken vanwege cocaïnegebruik bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum, vanaf 2000**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cocaïne	150	184	217	247	227	254	211	231	255

*Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld.*

*Bron: NVIC, RIVM.*

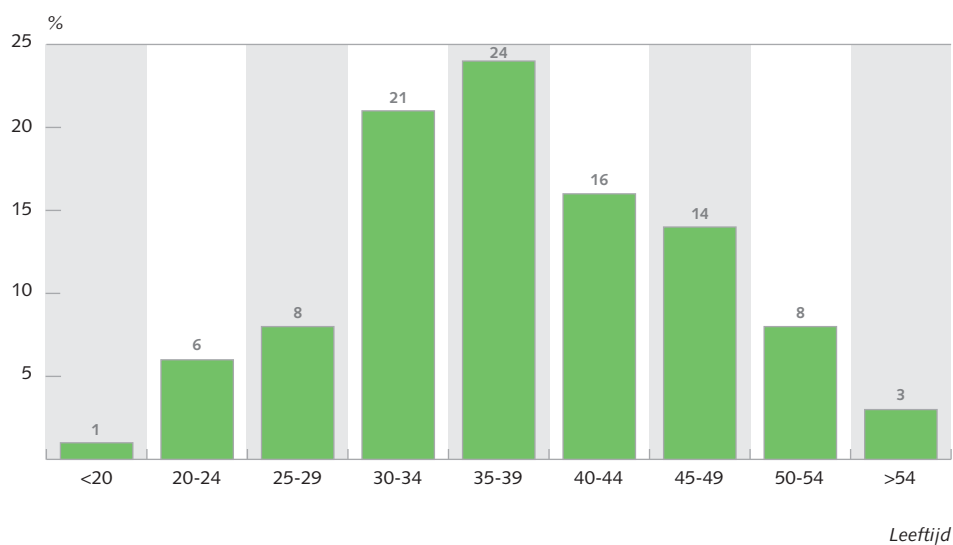
### 3.7 Ziekte en sterfte

- Gezondheidsproblemen, vooral door het frequent roken van crack, zijn longcomplicaties ('coke longen'), hartaanvallen, hersenbloedingen, nierinfarcten, epileptische aanvallen, uitputting en weerstandsvermindering, rusteloosheid, geïrriteerdheid, neerslachtigheid, depressies, angsten, psychose en paranoia (Korf et al., 2004a).
- Zware cokegebruikers hebben ook meer moeite hun agressie onder controle te houden. Bovendien maakt cocaïne minder gevoelig voor pijn, waardoor geweldplegers die onder invloed zijn van cocaïne moeilijker in bedwang zijn te houden door de politie (CIV, 2009).
- Bij jongeren en jongvolwassenen in het uitgaansleven die excessief en langdurig cocaïne gebruiken wordt opgefokt, paranoïde en egoïstisch gedrag gesignaleerd en een 'in zich zelf gekeerd zijn' (Nabben et al., 2006, 2007). Ook structurele vermoeidheid wordt als gevolg van frequent cokegebruik genoemd. Door het frequent snuiven van cocaïne kan het tussenneusschot beschadigd raken (Stichting Mainline, 2008; Scheenstra et al., 2007).

De Nederlandse Doodsoorzakenstatistiek van het CBS telt nog steeds weinig (acute) sterfgevallen die te wijten zijn aan cocaïne.

- Wel vond er een stijging plaats tussen 1997 en 2002, waarna de cocainesterfte weer daalde in 2003 en stabiliseerde vanaf 2004 tot en met 2008. Van 1996 tot en met 2008 ging het in totaal om 246 gevallen. De afgelopen vijf jaar schommelde het aantal rond de 20 per jaar (zie figuur 4.7 in hoofdstuk 4).
- Figuur 3.5 geeft de verdeling naar leeftijdsgroep van alle sterfgevallen vanwege cocaïne in de periode 2002 tot en met 2008. Bijna twee derde (65%) van de overledenen is 35 jaar en ouder. De piek ligt in de leeftijdsgroep 30-39 jaar. Bijna negen op de tien cocaïneslachtoffers waren man (86%).

**Figuur 3.5** Leeftijdsverdeling van cocaïnesterfgevallen van 2002 tot en met 2008



Percentage overledenen per leeftijdsgroep. ICD-10 codes primaire doodsoorzaken:

F14 en X42\*, X62\*, Y12\* (\* in combinatie met code T40.5). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

### **Internationale vergelijking**

Volgens het EMCDDA rapporteerden in 2006 veertien lidstaten van de Europese Unie meer dan 450 sterfgevallen in verband met cocaïnegebruik (EMCDDA, 2009).

In veel gevallen is het echter niet duidelijk of een cocaïneintoxicatie de primaire doodsoorzaak is. Ook gevallen waarbij de sterfte aan een combinatie van middelen, waaronder cocaïne, is toe te schrijven kunnen in deze cijfers zijn verdisconteerd. Dit geldt ook voor sterfgevallen waarbij cocaïnegebruik een bestaande ziekte uitlokt, dus een secundaire doodsoorzaak is. Ook kan onderrapportage een rol spelen.

- Sterfte waaraan cocaïne bijdraagt wordt soms gecodeerd onder natuurlijke doodsoorzaken, zoals een hartaandoening. Hierdoor is het aantal gevallen waarin cocaïne aan het overlijden heeft bijgedragen niet goed te achterhalen.
- Het totale aantal overleden 'cocaïnebolletjesslikkers' is niet bekend. Dit komt onder meer doordat de Doodsoorzakenstatistiek personen uitsluit die niet in het Nederlandse bevolkingsregister staan ingeschreven. De GGD Amsterdam registreerde in de periode 2002 - 2006 drie tot acht gevallen per jaar (7 in 2006). In 2007 werd slechts één geval geregistreerd en in 2008 werden vijf gevallen geregistreerd.

## 3.8 Aanbod en markt

### Samenstelling van cocaïnemonsters

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm, zoals cocaïne, worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

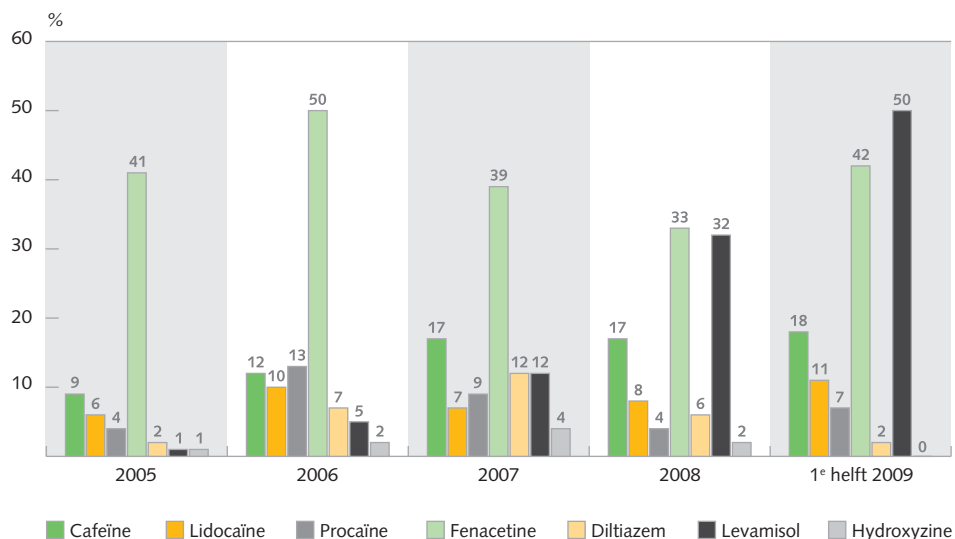
In 2008 werden 671 poeders aangeleverd die door de consument als cocaïne waren aangekocht (Van Dijk, 2009).

- In 2008 bevatte 96 procent van de als cocaïne verkochte poeders daadwerkelijk cocaïne (overwegend hydrochloride). De concentratie cocaïne was gemiddeld 55 procent (gewichtspromille). In 2007 was het gemiddelde percentage 57 procent.
- Van de poeders die werden verkocht als cocaïne, bevatte drie procent geen cocaïne maar wel één of meerdere andere psychoactieve stoffen, terwijl een procent geen enkel psychoactief bestanddeel bevatte.

De afgelopen jaren bevatten poeders die als cocaïne zijn verkocht relatief vaak (ook) geneesmiddelen (figuur 3.6).

- Bijna een op de drie (32%) cocaïnepoeders bevatte in 2008 fenacetine. In 2005, 2006 en 2007 ging het om respectievelijk 37, 45 en 36 procent. Fenacetine was tot 1984 als pijnstiller geregistreerd maar het middel is vanwege mogelijk kankerverwekkende eigenschappen uit de handel genomen. De doseringen fenacetine die worden gebruikt als versnijdingsmiddel zijn echter vele malen geringer dan de therapeutische doseringen waarbij schadelijke effecten optreden.
- Het versnijdingsmiddel levamisol laat een sterk stijgende trend laat zien. Levamisol werd gebruikt bij de behandeling van kanker, maar is in 2004 in Nederland uit de handel gehaald voor humaan gebruik. Levamisol wordt nog wel voor veterinaire doeleinden toegepast als antiwormmiddel. In 2008 bevatte 30 procent van de cocaïnepoeders deze stof, tegenover 11 procent in 2007. In de eerste helft van 2009 bevatte zelfs de helft van alle door het laboratorium geanalyseerde cocaïnemonsters levamisol.
- Gebruik van met levamisol versneden cocaïne is in Noord-Amerika in verband gebracht met het ontstaan van een gevaarlijk tekort aan witte bloedlichaampjes, waardoor de weerstand tegen ziektes vermindert (Zhu et al., 2009; Knowles et al., 2009).
- In Nederland en andere landen in Europa is hierover nog weinig bekend. Op basis van de beschikbare gegevens en de situatie eind 2009 is de kans reëel dat zich ook in Nederland enkele gevallen kunnen voordoen, maar is er vermoedelijk geen sprake van een groot volksgezondheidsrisico (CAM, 2009).

**Figuur 3.6: Percentage cocaïnepoeders met versnijdingsmiddelen, vanaf 2005**



Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

### Prijzen

De landelijke Trendwatch-monitor, de Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een gram cocaïne.

- Uitgaande jongeren en jonge volwassenen die in 2006/2007 cocaïne hadden gekocht betaalden volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven doorgaans 50 euro per gram, maar de prijzen liepen uiteen van 35 tot 60 euro per gram (Nabben et al., 2008).
- Deze gegevens komen overeen met de prijs die consumenten in 2007 hebben betaald voor cocaïnemonsters aangeleverd bij het DIMS-project: minimaal 25 en maximaal 75 euro per gram cocaïnepoeder (gemiddeld 45 euro per gram). Deze bedragen verschillen niet veel van die in 2008, namelijk gemiddeld 48 euro per gram met een minimum van 30 en een maximum van 70 euro.
- Cocaïnegebruikers onder clubbezoekers in Amsterdam betaalden in 2008 gemiddeld 48 euro voor een gram cocaïne die was gekocht bij een 06-dealer, de meest genoemde bron van aanschaf. Prijzen bij een dealer thuis en in het uitgaansleven lagen iets lager (respectievelijk gemiddeld 43 en 41 euro). Vergeleken met 2003 waren de gemiddelde prijzen voor een gram cocaïne in het uitgaansleven fors gedaald, maar stabiel gebleven voor de 06- en thuisdealers (Benschop et al., 2009).





## 4 Opiaten

De klasse van opiaten telt vele middelen. Sommige staan bekend om het illegale gebruik ervan, zoals heroïne. Andere opiaten zijn vervangers van heroïne, zoals methadon en buprenorfine, of worden (ook) anderszins toegepast in de geneeskunde: morfine, codeïne en dergelijke. Het gaat in dit hoofdstuk vooral om heroïne en methadon.

Opiaten kunnen een roes veroorzaken maar ook een dempende werking hebben. Heroïne wordt in verschillende vormen toegediend. Tegenwoordig is de meest gangbare gebruikswijze in Nederland roken ('chinezten', roken van folie). In Nederland wordt heroïne minder vaak geïnjecteerd.

Mensen bij wie het gebruik van opiaten uit de hand is gelopen nemen vaak ook andere middelen (polydrugsgebruik) op een manier die niet goed valt in te passen in een 'regulier' bestaan. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over de verzamelterm 'harddrugs' is meestal minstens één opiaat in het geding en verder vooral cocaïne.

### 4.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over opiaten in dit hoofdstuk zijn:

- Heroïnegebruik komt weinig voor in de algemene bevolking (§ 4.2).
- Heroïne is weinig populair onder scholieren. Wel hebben leerlingen van REC-4 scholen aanzienlijk vaker ervaring met heroïne dan leerlingen van het regulier onderwijs (§ 4.3).
- Het aantal probleemgebruikers van opiaten is in het afgelopen decennium gedaald (§ 4.4).
- Van 2007 naar 2008 vond een lichte daling plaats in het aantal opiaatcliënten in de (ambulante) verslavingszorg. Nog maar weinig opiaatcliënten zijn jonger dan 30 jaar. (§ 4.6).
- De daling tussen 2002 en 2006 in het aantal ziekenhuisopnames waarbij opiaten een rol speelt stagneerde in 2007 en 2008 (§ 4.6).
- Het aantal nieuwe en gemelde gevallen van hiv en hepatitis B en C onder injecterend drugsgebruikers is al jaren laag. Toch is het aantal bestaande besmettingen, vooral met hepatitis C, in steden die daar gegevens over hebben, hoog (§ 4.7).
- In Rotterdam en Amsterdam is in 2008 een onverwachte stijging van het aantal omgeruilde spuiten waargenomen (§ 4.7).
- Het aantal acute sterfgevallen is iets hoger in 2008 dan 2007, maar blijft over het afgelopen decennium laag. De gemiddelde leeftijd van overlijden blijft stijgen (§ 4.7).

## 4.2 Gebruik: algemene bevolking

Gebruik van heroïne komt niet veel voor onder de algemene bevolking (Rodenburg et al., 2007).

- Volgens het NPO had 0,6 procent van de Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar in 2005 ervaring met heroïne. Dat is meer dan in 1997 en 2001 (respectievelijk 0,3 en 0,2%).
- De percentages recente en actuele gebruikers waren in alle peiljaren kleiner dan 0,1 procent, met uitzondering van het percentage recente gebruikers in 1997 (0,1%).
- Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting, omdat probleemgebruikers van harddrugs in het NPO ondervertegenwoordigd zijn. Veel mensen die illegaal opiaten gebruiken en methadoncliënten komen niet terecht in steekproeven uit de algemene bevolking omdat zij rondzwerven, in de gevangenis zitten, of anderszins uit beeld zijn. Zij kunnen in kaart worden gebracht via andere methoden van onderzoek (zie § 4.3).

## 4.3 Gebruik: jongeren

Onder scholieren op middelbare scholen van het regulier onderwijs is heroïne niet populair (tabel 4.1).

- In 2007 hadden meer jongens dan meisjes ooit of pas nog heroïne gebruikt. Het ooitgebruik lag bij de jongens op 0,9 procent en bij de meisjes op 0,7 procent. De afgelopen maand had 0,6 procent van de jongens nog heroïne gebruikt, tegenover 0,2 procent van de meisjes (Monshouwer et al., 2008).
- Het percentage ooitgebruikers schommelt sinds 1988 rond de één procent. In al die jaren had niet meer dan de helft van de ooitgebruikers in de laatste maand nog heroïne genomen.

Tabel 4.1 Gebruik van heroïne onder scholieren van het regulier voortgezet onderwijs van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988

Gebruik	1988	1992	1996	1999	2003	2007
Ooit	0,7%	0,7%	1,1%	0,8%	1,1%	0,8%
Actueel (laatste maand)	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%	0,4%

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Speciaal onderwijs

- Tabel 4.2 laat zien dat leerlingen van REC-4 scholen vaker ervaring hebben met heroïne dan leerlingen van het regulier onderwijs. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen (Kepper et al., 2009). Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).

- Het ooitgebruik van heroïne onder scholieren van het praktijkonderwijs (pro) en het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) verschilt niet significant van dat onder leeftijdgenoten op reguliere scholen.

**Tabel 4.2 Ooitgebruik van heroïne onder scholieren van het speciaal en regulier voortgezet onderwijs, naar leeftijdsgroep**

Schooltype	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal onderwijs			
REC-4 <sup>I</sup>	3,2%	3,6%	4,8%
Pro <sup>II</sup>	1,0%	1,5%	0,8%
Lwoo <sup>III</sup>	0,6%	1,4%	4,7%
Regulier onderwijs	0,4%	1,1%	1,0%

Percentage ooitgebruik. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

### Speciale groepen

In sommige risicogroepen komt heroïnegebruik vaker voor, maar dit geldt niet voor alle risicogroepen.

- In bepaalde kringen experimenteert een kleine minderheid met heroïne (tabel 4.3). Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam lag het percentage ooitgebruikers in 2003 op twee procent en in 2008 op een procent. Actueel gebruik van heroïne komt in het uitgaanscircuit niet (veel) voor.
- In 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht, 2010). Ruim een procent van de bezoekers had ervaring met heroïne en slechts 0,1 procent was een actuele heroïnegebruiker.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen, Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht, Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland, Limburg). Het percentage ooitgebruikers van heroïne varieerde van 1,5 procent in West tot 0,3 procent in Midden en het percentage actuele heroïnegebruikers varieerde van 0,2 procent in West tot <0,01 procent elders. Op basis van deze regionale gegevens zal ook een landelijke schatting van het middelengebruik onder clubbezoekers worden gemaakt. Deze gegevens zijn voor dit jaarbericht nog niet beschikbaar, maar zullen in de eindrapportage van het uitgaansonderzoek worden opgenomen.
- In Amsterdam speelt het gebruik van heroïne nauwelijks een rol onder jongeren in de jeugdzorg, school 'drop-outs' en de meest deviante groep van gedetineerde jongeren (Nabben et al., 2007a; Benschop et al., 2006). Sleutelfiguren in Amsterdam signaleren

dat heroïnegebruik vrijwel niet voorkomt onder de veelal allochtone buurtjongeren en verschillende groepen probleemjongeren, zoals jongensprostituees en dak- en thuisloze jongeren (Nabben et al., 2007a; Benschop et al., 2009).

- Vergeleken met jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam, werd op landelijk niveau onder 14- en 15-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg een hoger percentage ooitgebruikers gevonden. Vijf procent van deze jongeren had in 2008 ervaring met heroïne (Kepper et al., 2009).
- In Gelderland hebben sleutelfiguren in 2009 alleen heroïnegebruik gesignaleerd onder jongeren in de jeugdhulpverlening. Deze jongeren gebruiken heroïne, maar ook slaap- en kalmeringsmiddelen, om te kalmeren na het gebruik van pepmiddelen. Het komt voor dat heroïne een paar keer in de week wordt gebruikt als kalmeringsmiddel (De Jong et al., 2009).

Tabel 4.3 Gebruik van heroïne in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ooit-gebruik	Actueel gebruik
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>					
- Cafébezoekers <sup>I</sup>	Amsterdam	2005	Gemiddeld 27	1,5%	0%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Gemiddeld 28	2%	0%
		2008	Gemiddeld 25	1%	0%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk <sup>II</sup>	2008/2009	Gemiddeld 24	1,4%	0,1%
<b>Probleemgroepen</b>					
- School drop-outs <sup>III</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	1,1%	0,5%
- Gedetineerde jongeren <sup>III</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	3,4%	0,5%
- Zwerfjongeren <sup>IV</sup>	Flevoland	2004	13 - 22	8%	2%
- Jongeren in de jeugdzorg <sup>V</sup>	Amsterdam	2006	Gemiddeld 17	1%	0%
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	12 - 13	1,1%	-
			14 - 15	5%	-
			16	2,9%	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Selecte steekproef van jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (19%) III. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. IV. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hadden. V. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam; Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam; EXPLORE, Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

## 4.4 Problematisch gebruik

De beschikbare schattingen maken meestal geen duidelijk onderscheid tussen probleemgebruikers van opiaten en andere harddrugs (zie bijlage A voor een definitie van problematisch gebruik). De schattingen in tabel 4.4 betreffen voornamelijk regelmatige gebruikers van illegale opiaten of van methadon, die doorgaans ook andere middelen gebruiken, zoals cocaïne (crack), alcohol en slaap- of kalmeringsmiddelen.

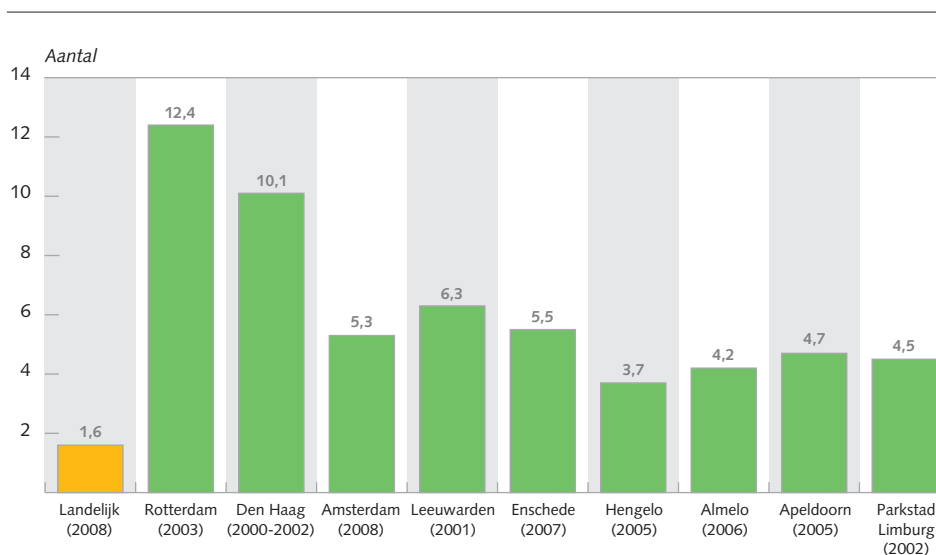
- Volgens de laatste schatting voor 2008 bedraagt het aantal problematische opiatengebruikers in Nederland ongeveer 17 700 binnen een marge van 17 300 tot 18 100 problematische opiatengebruikers (Cruts en Van Laar, 2010; Buster et al., 2009; Biesma et al., 2009; Schoenmakers et al., 2009a, 2009b; Ouweland et al., 2010).
  - Naar schatting zes op de tien problematische opiatengebruikers is sociaal gemarginaliseerd vanwege criminele activiteiten, een psychiatrisch ziektebeeld, een overlastgevende levensstijl, of een instabiele woonsituatie.
  - De resterende groep problematische opiatengebruikers is relatief gesproken meer sociaal geïntegreerd, voor een deel vanwege de stabilisatie op methadon.
- In vergelijking met de vorige schatting uit 2001 is het aantal problematische opiatengebruikers in Nederland aanzienlijk gedaald, ook al valt vanwege methodologische verschillen niet precies aan te geven hoe groot deze daling is.
- Per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar waren er in 2008 in Nederland ongeveer 1,6 probleemgebruikers van opiaten.
- De hoogste schattingen van het aantal probleemgebruikers per duizend inwoners werden gevonden in Rotterdam en Den Haag (figuur 4.1). Vanwege verschillen in definities en methoden van onderzoek dienen de verschillen tussen de diverse steden echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Zo heeft de schatting voor Amsterdam betrekking op de groep opiatengebruikers, die vaak ook andere middelen gebruiken. In Den Haag en Rotterdam is de omvang van een bredere groep van probleemgebruikers van harddrugs geschat. Door een ruimere definitie zou Amsterdam mogelijk meer op één lijn komen met Den Haag en Rotterdam.

Tabel 4.4 Schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs<sup>1</sup>

Bereik	Jaar	Aantal
Landelijk	2008	17 700 (17 300 – 18 100)
Amsterdam	2008	2 913
Rotterdam	2003	5 051 (4 804 – 5 298)
Den Haag	2000-2002	3 200 (per jaar)
Leeuwarden	2001	389
Enschede	2007	591
Hengelo	2004	191
Almelo	2006	200
Apeldoorn	2007	432
Parkstad Limburg	2002	800

*1. Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. In Amsterdam, Leeuwarden, Enschede, Almelo, Apeldoorn en bij de landelijke schatting gaat het om schattingen van probleemgebruikers van (ook) opiaten. In Rotterdam, Den Haag en Parkstad Limburg gaat het om probleemgebruikers van harddrugs in bredere zin. Bronnen: Trimbos-instituut, GGD Amsterdam, IntraVal, IVO, GGD Den Haag, GGD Zuid-Limburg.*

Figuur 4.1 Schattingen van het aantal probleemgebruikers van harddrugs per 1 000 inwoners van 15 tot en met 64 jaar

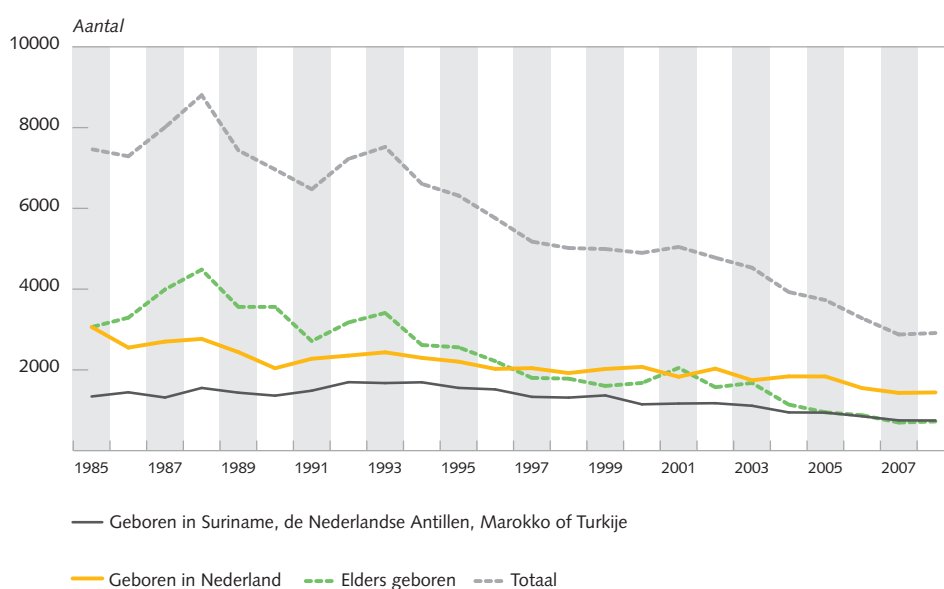


*Gemiddelde van hoogste en laagste schattingen (indien toepasbaar). Vanwege verschillen in definities en methoden dienen de verschillen tussen de diverse steden echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Bronnen: Trimbos-instituut, GGD Amsterdam, IntraVal, IVO, GGD Den Haag, GGD Zuid-Limburg.*

Figuur 4.2 geeft de ontwikkeling weer van het aantal probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam volgens schattingen van de GGD Amsterdam.

- De omvang van deze groep bereikte een piek in 1988 met 8 800 probleemgebruikers en liep toen terug. Dit kwam vooral door een daling in het aantal buitenlanders, vooral Italianen en Duitsers. In de afgelopen jaren is echter in alle groepen een daling waarneembaar.
- In 2008 telde Amsterdam naar schatting nog ongeveer 2 900 probleemgebruikers van opiaten. Van hen was 50 procent geboren in Nederland, 26 procent in Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije en 25 procent elders.

**Figuur 4.2** Probleemgebruikers van opiaten in Amsterdam, vanaf 1985



Bron: GGD Amsterdam.

### Leeftijd

De populatie heroïnegebruikers veroudert.

- In Amsterdam steeg de gemiddelde leeftijd van methadoncliënten van 32 jaar in 1989 naar 48 jaar in 2008 (bron: GGD Amsterdam). Landelijke cijfers van de verslavingszorg (zie § 4.6) wijzen op een zelfde trend.
- De veroudering van de groep heroïnegebruikers gaat gepaard met steeds meer lichamelijke en psychische gezondheidsklachten.

### Wijze van gebruik

Het gebruik van opiaten is vooral riskant voor de gezondheid als de opiaten worden ingespoten. In de loop van de jaren zijn gebruikers van opiaten minder gaan injecteren.

- Onder drugsgebruikers die deelnamen aan de Amsterdamse Cohort Studies naar hiv/aids daalde het aantal bezoeken aan de GGD waarin zij aangaven te hebben gespoten in de voorafgaande periode van 57 procent in 1985 naar 21 procent in 2004 (Lindenburg et al., 2006).
- In 2008 stond 9 procent van de opiaatcliënten van de verslavingszorg te boek als spuiters en 75 procent als roker, ongeveer evenveel als in 2007 (respectievelijk 9 en 71 procent). Het overige deel gebruikte op een andere manier (Ouweland et al., 2009). In 1994 spoot nog 16 procent de drug en in 2001 nog 12 procent.
- De jarenlange daling in het aantal naalden en spuiten dat wordt omgeleid bij spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam is ook een indicatie voor de afname van het injecteren van opiaten. Recent is echter een toename in het aantal omgeleide naalden en spuiten geregistreerd (zie § 4.7 onder Risicogedrag).
- Via het percentage spuiters onder de harddrugsccliënten in de verslavingszorg en de schatting van het totaal aantal problematische harddruggebruikers in Nederland kan het totaal aantal injecterende drugsgebruikers worden geschat. In 2005 waren er naar schatting ongeveer 3 100 injecterende drugsgebruikers binnen een marge van minimaal 2 200 en maximaal 4 300 gevallen.
- Sleutelinformanten in een kwalitatief onderzoek signaleren een toename van aantal jonge Oost-Europese heroïnegebruikers, die veelvuldig injecteren (zie § 4.7 onder Risicogedrag). Ook bestaat het vermoeden dat naast deze Oost-Europeanen in bepaalde steden andere groepen heroïnegebruikers aanwezig zijn, die buiten het beeld van de verslavingszorg blijven. Onder deze zorgmijders wordt veel psychische problematiek vermoed. Tevens komen illegalen, zwerfjongeren, Marokkanen, Chinezen en Portugezen nauwelijks in de hulpverlening terecht. In hoeverre in deze groepen risicovol wordt geïnjecteerd is onduidelijk; in een aantal culturen is injecteren echter niet gebruikelijk.

## 4.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Gebruik scholieren

- Volgens de ESPAD-peiling kwam in 2007 het percentage ooitgebruikers van heroïne onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa niet boven twee procent uit. Een uitzondering waren Frankrijk en Italië, waar drie procent van de scholieren ervaring had met heroïne. In Nederland had een procent van de scholieren ooit heroïne gebruikt (Hibell et al., 2009).

### Probleemgebruik

- De Europese Unie telt naar schatting tussen 1,3 en 1,7 miljoen probleemgebruikers van opiaten, ofwel circa vier tot vijf per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Het totale aantal probleemgebruikers van harddrug is hoger want in sommige landen vormen probleemgebruikers van amfetamine en cocaïne een belangrijk aandeel (EMCDDA, 2009).



- De schattingen zijn berekend met verschillende statistische methoden. Tabel 4.5 geeft de laagste en hoogste cijfers per land. Vanwege verschillen in definities en methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd.
- In de dertien landen van de EU-15 waarvoor nationale schattingen beschikbaar zijn, variëren de aantallen van gemiddeld drie tot tien probleemgebruikers van harddrugs per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Griekenland, Nederland, Duitsland en Oostenrijk staan onderaan in deze lijst. Het Verenigd Koninkrijk gaat aan kop.
- In de nieuwe lidstaten varieert het aantal probleemgebruikers van circa vier per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar (Cyprus, Polen, Tsjechië) tot acht per duizend inwoners in deze leeftijdsgroep (Slovenia).

**Tabel 4.5 Probleemgebruikers van harddrugs in 12 lidstaten van de Europese Unie**

Land	Jaar	Aantal per duizend inwoners van 15 tot en met 64 jaar	
		Ondergrens – bovengrens <sup>I</sup>	Centrale schatting <sup>II</sup>
Verenigd Koninkrijk	2006-2007	9,7 – 10,3	9,9
Italië	2007	8,1 – 9,0	8,6
Spanje	2002	7,1 – 9,9	8,5
Denemarken	2005	7,1 – 8,0	7,5
Frankrijk	2006	4,8 – 8,7	6,8
Portugal	2005	4,3 – 7,4	5,9
Ierland	2001	5,2 – 6,1	5,7
Finland	2005	4,2 – 5,5	4,8
Zweden	2003	-	4,5
Oostenrijk	2007	4,0 - 4,3	4,1
Duitsland	2006	3,0 – 3,6	3,3
Nederland	2001	2,2 – 4,3	3,3
Griekenland	2007	2,4 – 3,1	2,7

*Probleemgebruikers volgens EMCDDA-definitie van probleemgebruik: langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetaminen. Vanwege verschillen in methodes dienen de gegevens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. - = gegevens ontbreken. De schattingen hebben in de meeste landen betrekking op opiaatgebruikers, die ook andere middelen consumeren. In Italië, en vooral Spanje, maken ook probleemgebruikers van cocaïne een belangrijk deel uit van de totale schatting van het aantal probleemgebruikers. In Finland en Zweden zijn amfetaminegebruikers in de meerderheid. In Tsjechië (niet in de tabel vermeld) tellen zowel opiaatgebruikers als methamfetaminegebruikers mee. I. Uiterste waarden op basis van 95% betrouwbaarheidsintervallen of sensitiviteitsanalyse. II. In landen met meer schattingen is het gemiddelde van deze schattingen genomen. Bron: EMCDDA.*

## 4.6 Hulpvraag

### Verslavingszorg

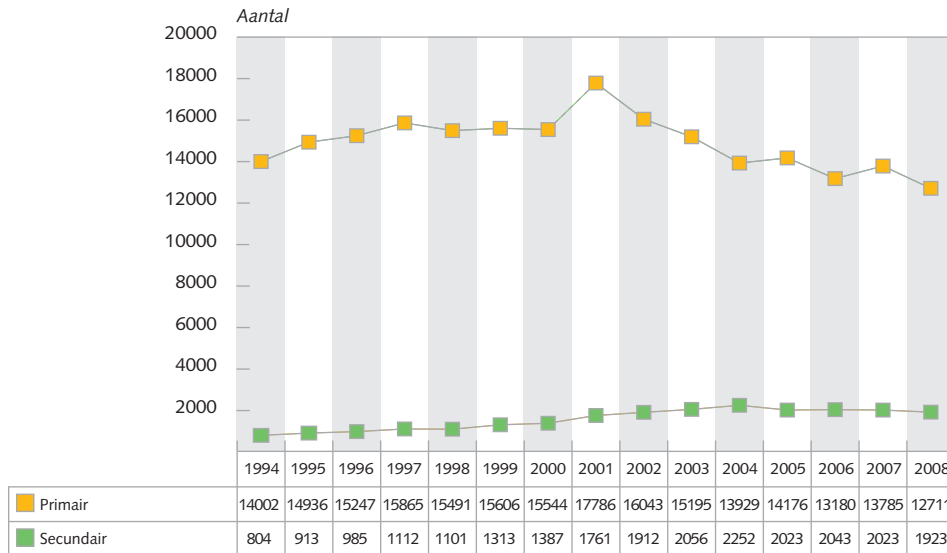
Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg (Ouweland et al., 2009; IVZ, 2009). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- Het aantal cliënten met een primaire opiaatproblematiek steeg licht tot 1997 (figuur 4.3). De groei was deels reëel en deels een vertekening doordat meer instellingen voor drugshulpverlening zich bij het LADIS aansloten. Het aantal opiaatcliënten bleef vrij stabiel van 1997 tot en met 2000. De toename in 2001 komt grotendeels door toetreding van de GGD Amsterdam tot het LADIS.<sup>2</sup>
- Tussen 2001 en 2004 daalde het aantal primaire opiaatcliënten. Tussen 2004 en 2007 schommelde het aantal primaire opiaatcliënten rond hetzelfde niveau, maar tussen 2007 en 2008 vond er weer een daling plaats met acht procent.
- Het aandeel van opiaten in alle verzoeken om hulp vanwege drugs nam af van 71 procent in 1994 naar 44 procent in 2005 en daalde verder naar 38 procent in 2008. Dit komt mede door de groei in de afgelopen jaren van het aantal cliënten met een ander drugsprobleem, zoals cocaïne en cannabis.
- De meeste cliënten klopten al eerder aan bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een drugsprobleem. Slechts vijf procent werd ingeschreven in 2008 en stond niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem. In 2000 was nog 22 procent een nieuwkomer.
- De meeste primaire opiaatcliënten (80%) hadden ook problemen met andere middelen, vooral cocaïne. Een op de vijf primaire opiaatcliënten (20%) rapporteerde geen bijmiddel.
- Opiaten worden minder vaak als secundair probleem genoemd (figuur 4.3). Voor deze groep is het primaire probleem cocaïne of crack (66%), alcohol (28%), of cannabis (3%).

---

<sup>2</sup> In 2001 leverde de GGD Amsterdam 1 869 cliënten aan met een primair heroïneprobleem, van wie 1 304 cliënten niet bekend waren bij de andere instellingen die aan het LADIS deelnamen.

**Figuur 4.3** Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire opiaatproblematiek, vanaf 1994<sup>1</sup>

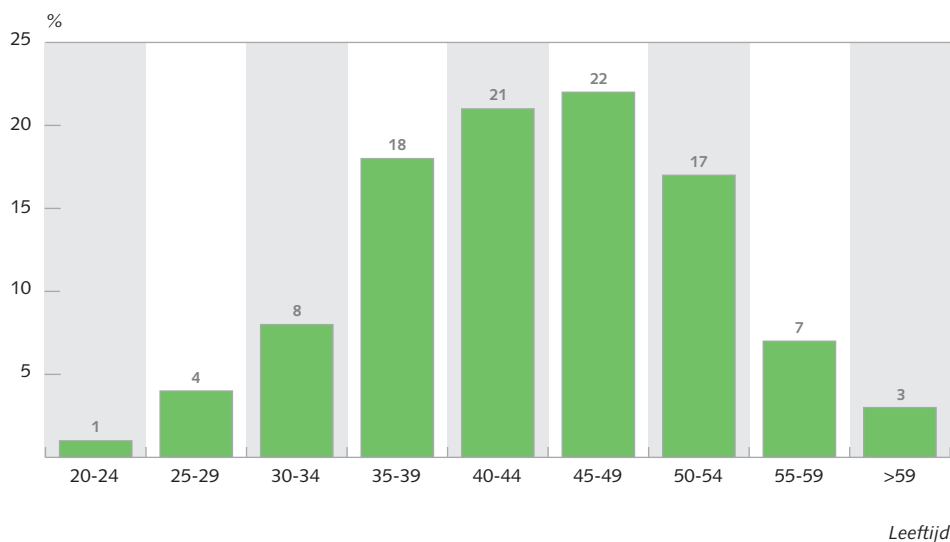


*1. De stijging van het aantal personen in 2001 ten opzichte van 2000 is het gevolg van de eerste aanlevering van gegevens van de GGD Amsterdam. Bron: LADIS, IVZ (2009).*

### **Leeftijd en geslacht**

- In 2008 was 80 procent van de primaire opiaatcliënten man. Over de jaren schommelde dit percentage tussen 78 en 80 procent.
- In 2008 was de gemiddelde leeftijd 44 jaar, aanzienlijk hoger vergeleken met de cannabis- en ecstasy- en amfetaminecliënten. Van de opiaatcliënten is 70 procent ouder dan 39 jaar (figuur 4.4).
- Het aandeel van de jonge opiaatcliënten (15 - 29 jaar) daalde tussen 1994 en 2006 van 39 naar 6 procent. In 2007 en 2008 stabiliseerde hun aandeel op vijf procent.

Figuur 4.4 Leeftijdverdeling van primaire opiaatcliënten bij de (ambulante) verslavingszorg. Peiljaar 2008



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (2009).

#### Algemene ziekenhuizen; incidenten

- Misbruik en afhankelijkheid van opiaten worden in algemene ziekenhuizen zelden als hoofddiagnose gesteld. In 2008 telde de LMR 79 opnames voor de hoofddiagnose opiaten (58% afhankelijkheid en 42% misbruik, figuur 4.5).
- Vaker komen opiaatmisbruik- en afhankelijkheid als neventdiagnose voor (542 in 2008; 76% afhankelijkheid, 24% misbruik). De daling tussen 2002 en 2006 in het aantal neventdiagnoses voor opiaatproblematiek zette zich in 2007 en 2008 niet voort. Tussen 2006 en 2008 is een lichte stijging waarneembaar (+14%). De hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses lopen sterk uiteen. Het meest vielen in 2008 op:
  - ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (29%)
  - ziekten van het spijsverteringsstelsel (10%)
  - letsel door ongevallen (9%; breuken, wonden, hersenschudding)
  - vergiftiging (8%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs (6%)
  - huidaandoeningen (2%).
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één neventdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbelstellingen ging het in 2008 om 480 personen. Zij werden in dit jaar minstens één keer opgenomen met opiaatmisbruik of -afhankelijkheid als hoofd- of neventdiagnose. Zij waren gemiddeld 43 jaar en zeven op de tien waren man (73%). De piek bevindt zich in de leeftijdsgroep van veertig tot en met 44 jaar (19%).
- De LMR registreerde in 2007 en in 2008 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met opiaten als neventdiagnose (ICD-9 codes E850.0 t/m E850.2).

**Figuur 4.5** Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan opiaatmisbruik en -afhankelijkheid, vanaf 1995



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevendiaagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.0, 304.7, 305.5 (zie bijlage C). Bron: Dutch Hospital Data, LMR, Prismant.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 3 800 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld, of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (Valkenberg, 2009). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine en pado's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2004 tot en met 2008 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Heroïne wordt slechts in drie procent van de gevallen genoemd. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (65%), dan maakt heroïne vijf procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen, want de invloed van drugs wordt niet systematisch onderzocht.

In 2008 registreerde de Centrale Post Ambulancevervoer van de GGD Amsterdam 221 spoedeisende aanvragen wegens vermoeden van niet-dodelijke overdosering van harddrugs. In 66 procent van de gevallen bleek vervoer naar het ziekenhuis noodzakelijk.

- Het betrof vooral opiaten en cocaïne, al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Het aantal aan harddrugs gerelateerde ambulanceritten daalde van 307 in 1997 naar 188 in 2000, nam vervolgens weer iets toe en heeft zich in de afgelopen jaren gestabiliseerd.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs (Van Velzen et al., 2009).

- Het aantal informatieverzoeken voor opiaten verdubbelde tussen 2000 en 2003 en steeg tussen 2004 en 2005 met 15 procent van 112 naar 129 informatieverzoeken (tabel 4.6).
- De daling in 2006 heeft te maken met het niet meer meetellen van methadon bij de drugs. Methadon wordt sinds dit jaar onder de geneesmiddelen geregistreerd.
- Het aantal meldingen is in 2008 gestegen. Ten dele komt dit doordat meldingen via de website voor het eerst zijn meegeteld in 2008.
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Naarmate artsen bekender zijn met de symptomen van een intoxicatie door een bepaalde drug en zij de bijbehorende behandeling kennen, wordt de kans kleiner dat zij hiervoor het NVIC raadplegen.

**Tabel 4.6 Informatieverzoeken vanwege het gebruik van opiaten bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum, vanaf 2000**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Opiaten	51	42	95	112	112	129	32	47	74

*Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld.*

*Bron: NVIC, RIVM.*

## 4.7 Ziekte en sterfte

### Hiv

Door het spuiten met besmette naalden of door onveilige seks lopen gebruikers van harddrugs gevaar om geïnfecteerd te raken met hiv, het virus dat aids veroorzaakt. De gegevens wijzen erop dat in Nederland de aanwas van nieuwe hiv-infecties onder (ooit) injecterende drugsgebruikers gering blijft. Daarbij moet worden opgemerkt dat ook het aantal injecterende drugsgebruikers in Nederland gering is (zie paragraaf over risicogedrag). De belangrijkste nationale bron betreffende het aantal hiv-infecties is de hiv/ aids registratie van de Stichting HIV Monitoring. Daarnaast zijn er lokale bronnen, waar onder de GGDen uit Amsterdam en Rotterdam, de verslavingszorg in Zuid-Limburg en het langlopende onderzoek in Amsterdam onder drugsgebruikers, de Amsterdamse Cohort Studies.

De Stichting HIV Monitoring verzamelt longitudinale gegevens van alle met hiv geïnfecteerde personen die worden aangemeld in de hiv behandelcentra. Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat van alle *geregistreeerde* nieuwe hiv-infecties in Nederland er jaarlijks rond één à twee procent is toe te schrijven aan injecterend drugsgebruik.

- In 2008 was injecterend drugsgebruik bij 2 (0,3 procent) van de 851 nieuw aangemelde personen met een hiv infectie de meest waarschijnlijke oorzaak van besmetting (Koedijk et al., 2009). Het ging in beide gevallen om mannen.
- Tot en met 2008 was van de totale groep van 15 225 geregistreerde hiv-geïnfecteerde personen bij 665 (4 procent) injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijk transmissie route. Zowel het absolute als het relatieve aantal nieuwe hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers in de hiv behandelcentra is echter sinds een aantal jaar aan het dalen. Van alle tot en met 2000 nieuw aangemelde met hiv geïnfecteerden was 8 procent geassocieerd met injecterend drugsgebruik. De laatste jaren is de bijdrage van injecterend drugsgebruik onder de nieuwe meldingen minder dan 2%.
- Ook de absolute aantallen zijn beperkt, namelijk 18 (2001); 15 (2002); 23 (2003); 10 (2004), 10 (2005), 8 (2006) en 5 (2007).
- Enkele kanttekeningen bij de hierboven beschreven positieve ontwikkeling betreffende het geringe aantal nieuw geregistreerde infecties onder injecterend drugsgebruikers zijn hier echter op hun plaats. Zo is het aannemelijk dat het werkelijk aantal hiv-infecties onder drugsgebruikers hoger ligt dan de geregistreerde aantallen (Van Empelen et al., 2009). In een vragenlijstonderzoek onder 125 druggebruikers meldde een derde nog nooitwgetest te zijn op hiv. Van de druggebruikers die wel eerder waren getest bleek de test bij driekwart een half jaar of langer geleden te zijn geweest.
- Ook al is de sterfte onder hiv-geïnfecteerden sinds de introductie van de zeer effectieve behandeling HAART (highly active anti-retro-viral treatment) fors afgenomen, injecterend drugsgebruik blijft nog een sterke voorspeller voor een dodelijke afloop van hiv-infectie. Dit komt onder meer door de relatief frequente co-infectie met hepatitis C en door leefstijlfactoren, zoals overmatig alcoholgebruik (Gras et al., 2007). Bijna de helft van de problematisch heroïnegebruikers houdt de strikte eisen aan de leefstijl (zoals dieetrichtlijnen, strakke tijden waarop de verschillende medicijnen moeten worden ingenomen) niet vol (Witteveen, 2008).

In opdracht van VWS tracht het RIVM beter zicht te krijgen op de reguliere screening van infectieziekten onder drugsgebruikers in de verslavingszorg, inclusief enkele GGDen die actieve zorgverlening aan drugsgebruikers aanbieden (Van Veen, 2009). Uit Amsterdam, Rotterdam en Heerlen worden hieronder enkele resultaten beschreven. Omdat in de praktijk de screening op infectieziekten verschillend is vormgegeven, zijn de cijfers onderling niet vergelijkbaar.

- In Amsterdam is ongeveer de helft van de circa 2500 methadongebruikers onder behandeling op de methadonposten of buitenpoliklinieken van de GGD. Tussen 2004 en 2008 zijn bij hen 1140 testen afgenomen, waarvan 28 een positieve testuitslag hadden. Aangenomen dat elke patiënt slechts eenmalig is getest, zou dat een hiv-prevalentie van 2,5 procent betekenen in deze over het algemeen "zwaardere" groep heroïneverslaafden.
- In Rotterdam heeft in 2007 en 2008 het proefproject Actief Testen plaatsgevonden. Van de geteste drugsgebruikers was 2,4 procent besmet met hiv (Breemer et al., 2009).

- In Heerlen worden sinds 2003 drugsgebruikers die onder behandeling zijn bij de Mondriaan Verslavingszorg vrijwillig getest op drugsgerelateerde infectieziekten. Uit het, incomplete, overzicht van de testgegevens blijkt dat 9 procent van de 197 geteste personen hiv-positief is.

De derde bron voor hiv data is de Amsterdamse Cohort Studie. In dit langlopend onderzoek werd in de afgelopen twintig jaar een sterke daling gevonden van het percentage hiv-positieve drugsgebruikers, en speciaal ook onder jonge drugsgebruikers (< 30 jaar bij inclusie in de studie).

- De incidentie van nieuwe hiv-diagnoses onder ooit-injecteerders daalde van 8,5/100 persoonsjaren in 1986 naar 0 sinds 2000, met een kleine verhoging in 2005, toen twee injecterende drugsgebruikers hiv-positief werden getest. Tot en met 2008 werden daarna geen nieuwe hiv-infecties vastgesteld ([www.amsterdamcohortstudies.org](http://www.amsterdamcohortstudies.org)).
- Van alle 1 488 deelnemers die sinds 1985 aan het drugsgebruikers cohort deelnamen, werd bij 28 procent tijdens het eerste bezoek of een van de vervolfbezoeken hiv gevonden.
- Van de 335 personen die in 2008 nog een bezoek aan de Amsterdamse GGD brachten in het kader van deelname aan het drugsgebruikerscohort had 15 procent bij het eerste of een vervolfbezoek in de afgelopen jaren een positieve hiv-test. Onder de 55 jonge drugsgebruikers die in 2008 nog actief deelnamen aan het cohort was hiv bij 5 procent (3 personen) vastgesteld ([www.amsterdamcohortstudies.org](http://www.amsterdamcohortstudies.org)).

Tenslotte zijn er gegevens beschikbaar uit peilingen die tussen 1994 en 2003 door het RIVM zijn uitgevoerd onder steekproeven van injecterende drugsgebruikers. In totaal hebben ongeveer 3 500 injecterende harddrugsgebruikers deelgenomen in negen regio's van Nederland (De Boer et al., 2006). In de voorgaande Jaarberichten van de NDM zijn de belangrijkste resultaten beschreven.

- Kort samengevat toonden deze peilingen grote regionale verschillen in besmetting met hiv onder drugsgebruikers die ooit hebben gespoten, variërend van 1 procent (Groningen, Arnhem) tot 26 procent (Amsterdam). Naast methodologische oorzaken zijn deze verschillen voor een belangrijk deel toe te schrijven aan werkelijke verschillen in regionale besmetting.
- In steden met meerdere metingen bleek het percentage injecterende drugsgebruikers met een hiv-infectie echter redelijk stabiel, met uitzondering van Heerlen, waar een verdubbeling werd gevonden van 11 procent in 1994 naar 22 procent in 1999.
- In 2007 werd door het RIVM besloten deze peilingen te beëindigen, tenzij in de toekomst uit andere, zoals de hierboven beschreven, bronnen specifieke aandachtspunten naar voren komen die een diepteonderzoek rechtvaardigen. Vanwege de gemeten stijging in enkele jaren van het aantal met hiv-besmette drugsgebruikers in Heerlen, heeft VWS aan het RIVM verzocht hier opnieuw een meting uit te voeren. Deze zal naar verwachting in 2010 plaatsvinden.



### ***Internationale vergelijking***

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction rapporteert over het vóórkomen van besmetting met hiv onder injecterende drugsgebruikers in lidstaten van de Europese Unie (EMCDDA, 2009). De gegevens stammen uit uiteenlopende bronnen en verschillen in dekkingsgraad. De situatie op lokaal niveau kan sterk verschillen van het algemene landelijke beeld. De cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar en geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad.

- Sinds een aantal jaar neemt in de meeste landen het aantal nieuwe hiv-infecties gerelateerd aan injecterend drugsgebruik af. In 2006 (het jaar waarover het meest recente overzicht beschikbaar is) werd in de Europese Unie gemiddeld bij 5,0 injecterend drugsgebruiker per miljoen inwoners een nieuwe hiv infectie gediagnosticeerd. Er bestaat echter zowel tussen landen als binnen landen een aanzienlijke regionale of lokale spreiding van hiv-besmetting.
- De drie landen met het relatief hoogste aantal nieuw gediagnosticeerde infecties zijn Estland (142 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2006), Letland (47 nieuwe gevallen per miljoen inwoners in 2006) en Portugal (66 nieuwe gevallen per miljoen inwoners). In absolute aantallen dragen ook landen met een grote populatie substantieel bij aan het totaal van nieuwe hiv-diagnoses, zoals het Verenigd Koninkrijk (187 nieuwe hiv gevallen onder injecterende drugsgebruikers in 2006), Duitsland (168), Frankrijk (167) en Polen (112).
- In tegenstelling tot Nederland, zijn er aanwijzingen dat de overdracht van hiv onder injecterend drugsgebruikers in een aantal landen nog steeds op een hoog niveau ligt. In Estland blijkt bijvoorbeeld ongeveer een derde van de drugsgebruikers die minder dan twee jaar injecteren hiv-positief te zijn. Een andere aanwijzing is dat in steekproeven in Spanje, Portugal, Estland, Letland, Litouwen en Polen meer dan 5 procent van de jonge drugsgebruikers onder de 25 jaar met hiv besmet is.

### **Hepatitis B en C**

Een chronische infectie met het hepatitis B of hepatitis C virus kan ernstige vormen van leverontsteking veroorzaken. Het hepatitis B virus wordt overgedragen door bloed-bloedcontact of door onveilig seksueel contact. Hepatitis C kan vrijwel alleen worden overgedragen door direct bloed-bloed contact. Hepatitis C is veel besmettelijker dan hiv en kan ook worden overgedragen door het delen van besmette (spuit)attributen anders dan naalden. Injecterend drugsgebruik is relatief vaak de oorzaak van besmetting met hepatitis C.

Gegevens over het vóórkomen van hepatitis C en hepatitis B onder injecterende drugsgebruikers worden niet systematisch verzameld in Nederland. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat acute besmettingen met beide virussen zelden wordt opgemerkt onder drugsgebruikers. Het aantal chronisch besmette drugsgebruikers is echter, met name voor hepatitis C, erg groot. wegens gebrek aan cijfers over injecterende drugsgebruikers worden soms ook gegevens over (problematisch) drugsgebruikers in het algemeen gegeven.

- Op verschillende plaatsen worden drugsgebruikers op locatie bij de drugshulpverlening getest op besmetting met hepatitis C. Omvangrijke projecten vinden ondermeer plaats in Amsterdam (het Dutch-C project), Heerlen en Rotterdam (project Actief Testen).

- De gegevens over de besmettingsgraad die uit deze projecten naar voren komen zijn niet representatief voor alle drugsgebruikers. Dat komt niet alleen omdat slechts drugsgebruikers die in contact staan met de verslavingszorg worden gescreend, maar ook omdat binnen deze groep selectie plaatsvindt in wie wel of niet wordt getest. Het is niet goed te voorspellen of het werkelijke aantal besmettingen hierdoor onderschat of overschat wordt.
- In een langlopend onderzoek in Amsterdam werd bij 59 procent van de 396 ooit-injecterende drugsgebruikers een besmetting met hepatitis C gevonden (Van Veen, 2009).
- Ook uit data van GGD Amsterdam blijkt dat onder bezoekers van de methadonposten een hoog percentage injecterende drugsgebruikers is besmet met hepatitis C. In 2007 was 57 procent (26 van de 46) geteste patiënten drager van het hepatitis C virus. In 2008 werd bij 65 procent van de 48 geteste injecterend drugsgebruikers het virus aangetroffen.
- In 2007 en 2008 vond in Rotterdam het proefproject Actief Testen plaats, waarin drugsgebruikers en marginaal gehuisveste personen actief screening op hepatitis C, B en hiv kregen aangeboden. In de pilot werd bij 119 (28 procent) van de 431 geteste personen (merendeels drugsgebruikers) een hepatitis C infectie gevonden. In de groep met het grootste risicogedrag, (ex)drugsgebruikers die ooit gespoten hadden, was driekwart geïnfecteerd met hepatitis C (Breemer et al., 2009).
- In Rotterdam bleek een meerderheid (59 procent) van de besmette personen geïnfecteerd met moeilijk te behandelen virusvarianten (genotype 1 en 4) (Breemer et al., 2009).
- Opvallend is dat een zevende van de hepatitis C geïnfecteerden in Actief Testen zegt nooit drugs gespoten te hebben.
- In Heerlen is ongeveer de helft van de drugsgebruikers die bij de Mondriaan verslavingszorg onder behandeling zijn gescreend op hepatitis C. Bij 58 procent werd een besmetting met hepatitis C aangetoond (Van Veen, 2009). Het aandeel van (ooit) injecteerders in deze groep is onbekend.
- Bij injecterend drugsgebruikers komt vaak de ongunstige combinatie voor van een besmetting met zowel hepatitis C als hiv. Uit gegevens van de Stichting HIV Monitoring blijkt dat 94 procent van de geteste hiv positieve injecterende drugsgebruikers in actieve follow-up ook is besmet met hepatitis C. De besmettingsgraad onder de andere hiv risicogroepen is minder dan 10 procent (Gras et al., 2007).
- Acute hepatitis C-infectie is een meldingsplichtige ziekte. Hoewel het aantal (injecterend) drugsgebruikers met een chronische hepatitis C infectie hoog is, wordt een acute hepatitis C infectie zelden bij drugsgebruikers gevonden. Van de 48 meldingen van een acute of recente hepatitis C infectie bij het RIVM in 2008 was in 39 gevallen de transmissieroute bekend; bij 1 (2,6 procent) van hen ging het om injecterend drugsgebruik. Zowel absoluut als relatief is dat een daling ten opzichte van voorgaande jaren. Hepatitis C infecties worden echter toenemend waargenomen bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). Sinds 2003 is er geen meldingsplicht voor chronische hepatitis C-infecties, waardoor cijfers over het vóórkomen van deze infectie bij drugsgebruikers uit deze bron ontbreken.

- Injecterend drugsgebruik is minder vaak de oorzaak van een besmetting met hepatitis B. Zo registreerde het RIVM in 2008 265 nieuwe gevallen van *acute* hepatitis B infectie waarvan in 165 gevallen de oorzaak van besmetting bekend was. In geen van deze gevallen was er sprake van besmetting door injecterend drugsgebruik. Het totaal aantal gemelde *chronische* hepatitis B infecties in 2008 was 1 576, waarvan bij 1 108 meldingen de transmissieroute bekend was. In slechts 3 gevallen (0,3 procent) was injecterend drugsgebruik de meest waarschijnlijke transmissieroute.
- Sinds 1998 wordt aan drugsgebruikers en andere risicogroepen een vaccinatie tegen hepatitis B aangeboden. Volgens gegevens van GGD Nederland hebben hieraan tot september 2009 15 625 drugsgebruikers deelgenomen. Deze groep omvat zowel nooit-, ooit-, als recent-injecteerders. Van de totale groep was bijna één procent chronisch drager van hepatitis B. Bijna 11 procent had ooit hepatitis B doorgemaakt en was immuun (Marlies van Dam, persoonlijke communicatie, RIVM).

### **Internationale vergelijking**

Gegevens over hepatitis C zijn niet goed vergelijkbaar tussen landen vanwege verschillen in bronnen en methoden. Zij geven slechts een indicatie van de besmettingsgraad. Cijfers van het EMCDDA geven aan dat, net als in Nederland, in de lidstaten van de EU besmetting met hepatitis C zeer frequent voorkomt onder injecterende drugsgebruikers.

- In de meeste landen wordt onder groepen injecterende drugsgebruikers een besmettingsgraad van meer dan 40 procent gerapporteerd. Slechts drie landen (Bulgarije, Tsjechië, Finland) melden landelijke onderzoeken waaruit blijkt dat hepatitis C bij minder dan 25 procent van de injecterende drugsgebruikers voorkomt; ook deze percentages vormen echter al een serieus gezondheidsprobleem (EMCDDA, 2009).
- Uit studies onder jonge drugsgebruikers en drugsgebruikers die pas recent (minder dan twee jaar geleden) zijn gaan injecteren blijkt dat drugsgebruikers hepatitis C al vroeg in hun "gebruikscarrière" oplopen. Dat impliceert dat effectieve preventieve maatregelen vanaf het begin moeten worden ingezet.
- Tussen de Europese landen is de variatie in besmetting met hepatitis B groter dan bij hepatitis C. Mogelijk spelen de verschillende vaccinatiestrategieën (universeel versus risicogroepen) hierin een rol. De meest volledige gegevens zijn beschikbaar voor een in het verleden doorgemaakte infectie met hepatitis B. In 2006 rapporteerden elf landen hierover gegevens, en in zes van deze elf bleek meer dan 40 procent van de injecterende drugsgebruikers ooit met hepatitis B geïnfecteerd te zijn geweest. Deze cijfers wijzen erop dat in sommige landen het hepatitis B virus nog steeds veel voorkomt in de groep injecterende drugsgebruikers, wat gezien de mogelijk ernstige gevolgen van een infectie zorgwekkend is.

### **Risicogedrag**

Zowel het lenen van gebruikte spuiten door injecterende drugsgebruikers als het injecteren zelf zijn in de jaren negentig sterk afgenomen (zie ook § 4.3).

- Recente cijfers ontbreken in de meeste steden en regio's. Volgens de laatste peilingen leent tussen 8 en 30 procent van de injecterende drugsgebruikers wel eens naalden of spuiten (Van de Laar en Op de Coul, 2004).
- Het aantal omgeruilde naalden en spuiten in spuitomruilprogramma's in Amsterdam en Rotterdam is de afgelopen jaren fors gedaald, hoewel beide steden in 2008 een kentering zagen.
  - Begin jaren negentig werden in Amsterdam jaarlijks rond de miljoen naalden omgeruild. In 2007 waren dat er nog maar 171 200, hoewel dat aantal in 2008 licht is gestegen tot 184 800 (GGD Amsterdam). In Rotterdam is in het aantal omgeruilde spuiten tussen 2000 en 2007 meer dan gehalveerd, van 422 000 naar 168 900. In 2008 zijn er echter door de locaties bijna 75 000 spuiten meer dan het jaar daarvoor bij de GGD besteld (GGD Rotterdam).
  - De jarenlange daling van het aantal omgeruilde spuiten kan worden verklaard door een daling van het aantal heroïnegebruikers in het algemeen, een daling van uit buurlanden afkomstige, vaak injecterende, drugsgebruikers, een afname van de populariteit van het injecteren samenhangend met gezondheidsproblemen, de toename van het basecoke gebruik, en de hogere sterfte onder injecterende drugsgebruikers. De interpretatie van de stijging in 2008 is nog onduidelijk. Wellicht wordt er door de bestaande groep injecterende drugsgebruikers vaker geïnjecteerd, of worden naalden en spuiten minder hergebruikt. Niet uitgesloten is een (onverwachte) toename van het aantal injecteerders. Een andere mogelijkheid is dat er door de hulpverleners grotere voorraden zijn aangelegd.
- In een recente kwalitatieve studie naar infectieziekten bij heroïnegebruikers werd door sleutelinformanten uit heel Nederland opgemerkt dat momenteel naalden uitsluitend nog in noodgevallen worden gedeeld, maar dat het delen van spuitattributen, zoals lepels, stuwband, watjes en filters veel regelmatig voorkomt (Hoogenboezem et al., 2008a).
- Afgezien van het delen van spuitmaterialen, worden er ook regelmatig risicovolle technieken gebruikt, zoals het injecteren in liezen en hals of in slagaders, het injecteren van middelen die niet goed oplossen, zoals methadonrank, Ritalin, paracetamol, benzodiazepines, het gebruik van alternatieven voor steriel water zoals regen- of grachtenwater, of het injecteren onder zeer onhygiënische omstandigheden.
- Uit de interviews met sleutelinformanten komt naar voren dat een nieuwe groep risicovolle injecteerders in opkomst is. Sinds een aantal jaar is een toenemend aantal jonge Oost-Europese heroïnegebruikers in Nederland, van wie de indruk bestaat dat zij extreem en veelvuldig injecteren (zie ook § 4.3) (Hoogenboezem et al., 2008b).

Seksueel risicogedrag blijft omvangrijk.

- Er zijn weinig recente (landelijke) cijfers beschikbaar. Volgens de laatste peilingen onder injecterende drugsgebruikers in verschillende steden kwam het niet gebruiken van condooms het meest voor bij vaste partners (76-96%), gevolgd door losse partners (39-73%) en klanten (13-50%) (Van de Laar en Op de Coul, 2004).
- Het aandeel bezoeken aan de GGD van drugsgebruikers die deelnamen aan de Amsterdamse Cohort Studies naar hiv/aids, waarin drugsgebruikers aangaven onge-

schermde seks te hebben gehad, daalde van 52 procent in 1990 naar 40 procent in 1996. In de periode er na (van 1996-2004) bleef dit percentage stabiel (Lindenburg et al., 2006).

- Een onderzoek naar straatprostitutie in Amsterdam toonde dat vrijwel alle straatprostitutees drugs gebruiken, dat viervijfde ooit heroïne heeft gebruikt en dat een kwart ooit injecteerde (Korf et al., 2005a). De helft van de respondenten zegt onveilige orale seks en een kwart onveilige genitale seks met klanten te hebben. De onderzoekers merken op dat deze cijfers waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke aantallen zijn.
- Aangenomen wordt dat onder invloed van basecokes het risicogedrag toeneemt (Hoogenboezem et al., 2008b).

### **Aids**

Het jaarlijks aantal meldingen van aids (alle transmissieroutes) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (tot en met 1999) en de Stichting HIV Monitoring (vanaf 2000) steeg van 325 in 1988 tot 533 in 1995 en daalde sindsdien tot 159 gevallen in 2008 (Koedijk et al., 2009). Dit komt onder meer door het op de markt komen van effectieve anti-retrovirale geneesmiddelen (HAART). Door gebruik daarvan leidt besmetting met hiv minder of later tot aids.

- De bijdrage van injecterend drugsgebruik aan het aantal gevallen van aids in Nederland is in al die jaren beperkt gebleven.
- Onder de 7 777 (tot en met 2008) geregistreerde aids patiënten zijn er 684 injecterende drugsgebruikers (9 procent). Dat betekent wel dat de bijdrage van injecterend drugsgebruik in het ontwikkelen van aids gemiddeld hoger is dan bij het oplopen van hiv.
- Na een piek in 1995 van veertien procent is het aandeel van injecterende drugsgebruikers onder de patiënten bij wie hiv zich heeft ontwikkeld tot aids weer afgenomen. In 2007 werd aids bij 10 injecterende drugsgebruikers geregistreerd (4 procent van het totale aantal aids diagnoses) en in 2008 bij 7 injecterende drugsgebruikers (eveneens 4 procent van het totaal aantal nieuwe aids diagnoses) (Koedijk et al., 2009).

### ***Internationale vergelijking***

Door de introductie van effectieve anti-retrovirale behandeling is het aantal nieuwe patiënten met aids minder maatgevend voor de overdracht van hiv. Meldingen van nieuwe aids gevallen vormen nog wel een indicatie voor de omvang van het probleem. Ook zijn ze een indicatie voor de beschikbaarheid van anti-retrovirale therapie voor drugsgebruikers.

- In Portugal wordt al jaren het hoogste aantal aan drugsgebruik gerelateerde nieuwe aids gevallen per miljoen inwoners gerapporteerd. In 2006 waren dat 22,4 nieuwe gevallen per miljoen inwoners (EMCDDA, 2008). Andere Europese landen met het een hoog percentage nieuwe aids diagnoses onder drugsgebruikers zijn Estland, Spanje en Letland. Behalve in Estland is in deze landen wel een neerwaartse trend waarneembaar. Nederland behoort tot de landen met een laag aantal nieuwe AIDS-gevallen onder drugsgebruikers.

- Er zijn geen cijfers voorhanden over de beschikbaarheid van HAART voor drugsgebruikers, maar volgens schattingen van de Wereld Gezondheids Organisatie is het bereik van HAART in de EU-lidstaten overal meer dan 75 procent (EMCDDA, 2007).

## Sterfte

### *Directe sterfte*

Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS sterven er in Nederland maar weinig mensen aan de directe gevolgen van opiaatgebruik. Bij de directe sterfte gaat het om een overdosering, dat wil zeggen een vergiftiging door een dodelijke hoeveelheid drugs. Volgens de standaard van het EMCDDA voor het berekenen van de directe drugsterfte worden alle gevallen meegeteld van niet-opzettelijke vergiftiging, opzettelijke vergiftiging (suicide) en vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze al dan niet met opzet heeft plaatsgevonden (EMCDDA, 2008; Van Laar et al., 2002a, 2002b; Van Laar et al., 2006).

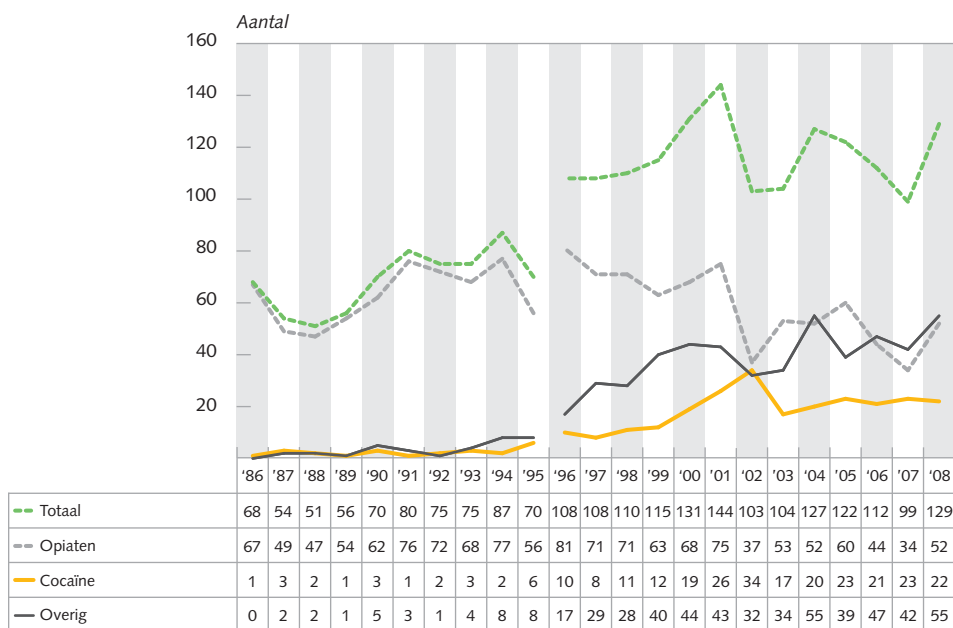
Vanaf midden jaren negentig tot 2001 steeg over de hele linie het aantal geregistreerde sterfgevallen vanwege drugsoverdosing, dus niet alleen voor opiaten (figuur 4.6). Per miljoen inwoners van vijftien tot en met 64 jaar gaat het overigens om geringe schommelingen. Voor Nederland schommelde dit aantal tussen 1996 en 2006 tussen de tien en dertien directe drugsterftes per miljoen inwoners van vijftien tot en met 64 jaar (figuur 4.9).

- De stijgende trend vanaf midden jaren negentig komt voor een deel door de toename in cocaïnersterfte (zie § 3.7).
- Daarnaast speelt de overgang van het classificatiesysteem ICD-9 naar ICD-10 in 1996. Het is mogelijk dat vanaf 1996 volgens de ICD-10 classificatie meer gevallen meegerekend worden dan in eerdere jaren volgens de ICD-9 classificatie. Drugssterfte wordt in de ICD-10 classificatie eerder zichtbaar dan in de ICD-9 classificatie.
- Tussen 1996 en 2001 steeg ook het aantal gevallen van "vergiftiging door overige of niet gespecificeerde narcotica" en "vergiftiging door overige of niet gespecificeerde psychodysleptica". Het gaat hier vaak om (combinaties van) harddrugs al dan niet samen met andere middelen, maar soms ook om (combinaties van) medicijnen en/of alcohol.
- Vanaf 2001 vertoont het aantal sterfgevallen een grillig verloop. Het aantal daalde in 2002, steeg in 2004, daalde in 2005, 2006 en 2007, maar steeg weer in 2008 met dertig procent.
- Het aantal betreft alleen sterfgevallen onder inwoners die officieel stonden geregistreerd in het bevolkingsregister. In 2008 waren bij het CBS nog eens 21 gevallen bekend van drugssterfte onder mensen die in Nederland verbleven, maar niet als inwoner stonden geregistreerd in het bevolkingsregister.

Het aantal geregistreerde sterfgevallen door overdosering van opiaten is in Nederland laag.

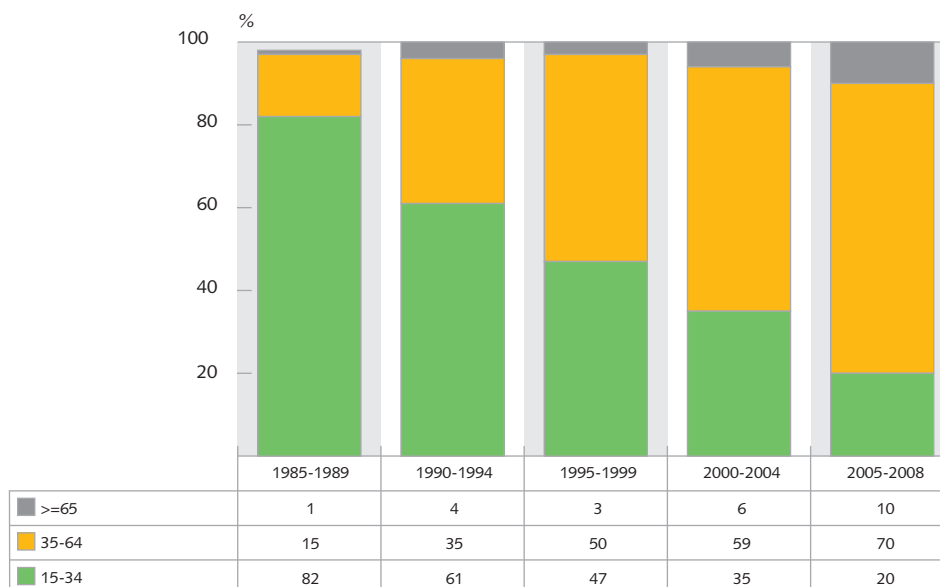
- Tot 2001 schommelde dit aantal sterfgevallen tussen de 47 en 81 gevallen per jaar. Tussen 2002 en 2008 schommelde de sterfte door opiaten tussen de 34 en 60 gevallen.
- Net als de gebruikers van opiaten worden ook de slachtoffers van een dodelijke overdosis opiaten steeds ouder, en het aandeel jonge opiaatgebruikers dat overlijdt daalt. In de jaren 1985 tot en met 1989 was 84 procent van de overledenen ouder dan 34 jaar, vergeleken met 20 procent gemiddeld over de jaren 2005 tot en met 2008 (figuur 4.7). In 2008 alleen ging het om twaalf procent.
- Methadon werd in 2007 slechts vier maal en werd in 2008 slechts zeven maal als primaire doodsoorzaak geregistreerd. Doorgaans gaat het hier om een combinatie met andere middelen.

**Figuur 4.6** Sterfgevallen door overdosering van drugs in Nederland, vanaf 1986



Aantal sterfgevallen. Van 1986-1995 ICD-9 codes: 292, 304.0, 304.2-9, 305.2-3, 305.5-7, 305.9, E850.0, E850.8\*, E854.1-2, E855.2, E858.8\*, E950.0\*, E950.4\*, E980.0\*, E980.4\* (\*In combinatie met codes N965.0 en/of N968.5 en/of N969.6 en/of N969.7). Vanaf 1996 ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42\*\*, X41\*\*, X62\*\*, X61\*\*, Y12\*\*, Y11\*\* (\*\*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

**Figuur 4.7** Leeftijdverdeling van sterfgevallen door overdosering van opiaten in de periode 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 en 2005-2008



Percentage sterfgevallen per leeftijdsgroep. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

### **Totale sterfte**

Het protocol van het EMCDDA brengt alleen de omvang van de acute (overdosis) sterfte in kaart. Drugsgebruikers kunnen ook aan andere oorzaken overlijden, zoals ongelukken en ziektes opgelopen door het spuiten van drugs (indirecte drugsgerelateerde sterfte). Daarnaast kunnen drugsgebruikers overlijden aan geheel andere oorzaken, die noch direct noch indirect samenhangen met het drugsgebruik (leeftijdsafhankelijke basissterfte). Deze drie componenten – overdosissterfte, indirecte sterfte en basissterfte – vormen de totale sterfte onder drugsgebruikers.

- Via gegevens over de sterfte onder drugsgebruikers in Amsterdam (zie volgende paragraaf) en de schatting van het totaal aantal problematische harddrugsgebruikers in Nederland kon een schatting worden gemaakt van de totale sterfte.
- Naar schatting stierven er in Nederland in 2001 ongeveer 480 problematische harddrugsgebruikers met een betrouwbaarheidsinterval van 340 tot 660 overleden harddrugsgebruikers.
- Van deze totale sterfte wordt geschat dat 11 procent te wijten was aan de basissterfte die niet is gerelateerd aan drugs. Naar schatting was 23 procent van de sterfte direct gerelateerd aan drugs en was 66 procent van de sterfte indirect gerelateerd aan drugs (Cruts et al., 2008b).

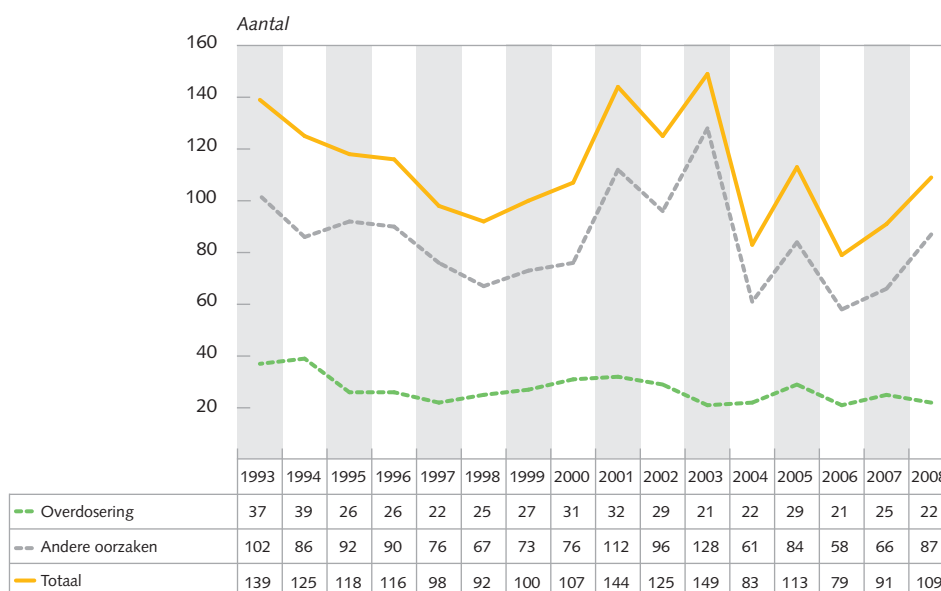


### **Amsterdam**

De GGD Amsterdam rapporteert jaarlijks het aantal sterfgevallen onder drugsgebruikers (figuur 4.8). De registratie van de overdosissterfte in Amsterdam verschilt van de landelijke Doodsoorzakenstatistiek van het CBS doordat ook overledenen worden meegeteld die niet stonden ingeschreven in het bevolkingsregister. Ten dele kan het daarbij gaan om illegaal verblijvende buitenlanders en om toeristen. Bovendien wordt ook gekeken naar de bij de GGD geregistreeerde opiaatgebruikers die aan een andere oorzaak dan overdosis zijn overleden.

- In 2007 en 2008 overleden achtereenvolgens 25 en 22 drugsgebruikers in Amsterdam na een 'overdosering' van drugs, vaak opiaten al dan niet in combinatie met andere middelen.
- Opiaatcliënten overleden meestal door andere oorzaken dan een overdosis zoals endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld en aids. Met het toenemen van de leeftijd van opiaatgebruikers treden onderliggende aandoeningen zoals long-, lever- en hartziekten meer op de voorgrond als oorzaak van overlijden.
- De daling in het aantal geregistreeerde sterfgevallen in het begin van de jaren negentig heeft zich in het midden van de jaren negentig niet doorgezet. Na een sterke daling in 2004 in de categorie 'andere' doodsoorzaken steeg het aantal in 2005, maar in 2006 vond er weer een daling plaats. In 2007 en 2008 vond er weer een stijging plaats (figuur 4.8).

**Figuur 4.8 Sterfte onder drugsgebruikers in Amsterdam door overdosering en andere oorzaken<sup>1</sup>, vanaf 1993**

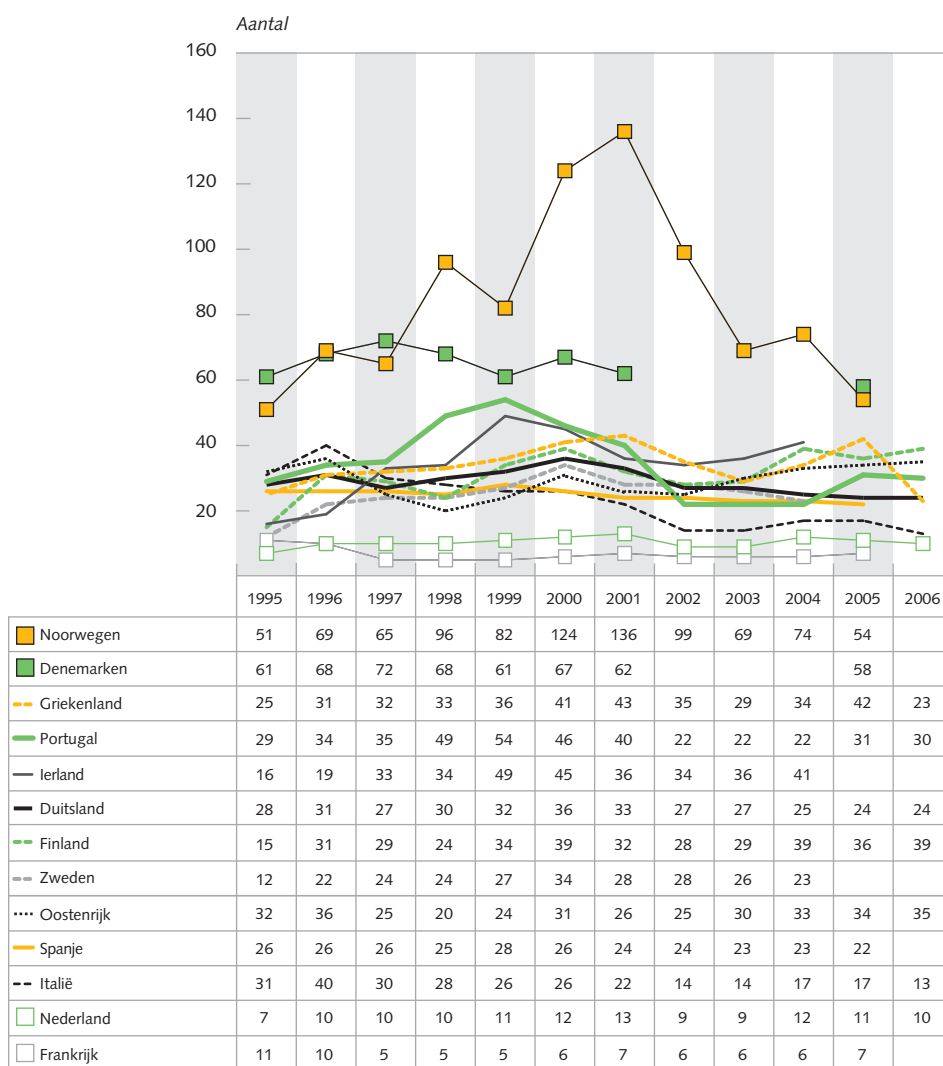


Aantal sterfgevallen onder personen die ooit als opiaatgebruiker waren geregistreerd bij de GGD Amsterdam, waarbij het overlijden plaatsvond door een overdosering opiaten of door andere drugs of door andere oorzaken dan overdosering. 1. Andere oorzaken dan overdosering zijn doodsoorzaken zoals endocarditis, sepsis, longaandoeningen, levercirrose, zelfdoding, ongevallen, geweld en aids. Bron: GGD Amsterdam.

### Internationale vergelijking

- Jaarlijks sterven in de EU tussen de zeven- en negenduizend mensen aan een overdosis drugs, veelal opiaten in combinatie met andere middelen. Dit is een ondergrens omdat niet alle gevallen van drugsterfte worden geregistreerd (EMCDDA, 2009).
- Een internationale vergelijking van de drugssterfte wordt bemoeilijkt door verschillen in definitie van dit begrip. Wel zijn voor een aantal landen uit de EU-15 en voor Noorwegen voldoende gegevens beschikbaar om per land te kijken naar de trend in de drugssterfte. Figuur 4.9 toont voor deze landen de trend vanaf 1995 in de door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar.
- In sommige lidstaten vertoont de trend van de afgelopen tien jaren een nogal grillig verloop met plotselinge stijgingen en dalingen, terwijl de trend in andere landen veel stabiel is.

**Figuur 4.9** Aantal door drugs geïnduceerde sterfgevallen per miljoen inwoners van 15 tot en met 64 jaar in een aantal landen van de EU-15 en Noorwegen, vanaf 1995<sup>1</sup>



Aantal sterfgevallen per miljoen inwoners van 15-64 jaar. ICD-10 codes: F11-F12, F14-F16, F19, X42\*, X41\*, X62\*, X61\*, Y12\*, Y11\* (\*In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6). I. Voor Noorwegen ontbreken sterfgevallen met de codes X61 en X62. Voor een betere vergelijkbaarheid telt in Zweden T40.4 niet mee. Bron: EMCDDA.



## 5 Ecstasy, amfetamine en verwante stoffen

De officiële benaming van ecstasy is 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA). Ook stoffen die chemisch op MDMA lijken – zoals MDA, MDEA, MBDB en amfetamine – of stoffen die daar geheel niet op lijken worden als ecstasy verkocht, zonder dat de gebruiker zich daar altijd van bewust is. Tenzij anders aangegeven, bedoelen wij in dit hoofdstuk met 'ecstasy' stoffen die als ecstasy worden beleefd of aangeprezen. Met amfetamine bedoelen wij zowel 'gewone' amfetamine als methamfetamine, de sterkere variant, tenzij anders aangegeven.

Ecstasy heeft een stimulerende en een entactogene werking. Door de entactogene werking van ecstasy voelen mensen zich verbonden met elkaar en leggen ze gemakkelijk contact. Deze combinatie van eigenschappen draagt bij aan de reputatie van ecstasy als party- of dansdrug. De verslavende werking is vermoedelijk gering. Ecstasy wordt doorgaans geslikt in pillen. Soms wordt het als poeder opgelost in een drankje en gedronken. De gebruikersnamen voor ecstasypillen hangen vaak samen met het logo dat erop staat, zoals bijvoorbeeld "mitsubishi", "lovertje", of "supermanneltje". Hooggedoseerde pillen worden wel eens "staptegel" genoemd. Andere straatnamen zijn: "p'tje", "ex(s)", "snoepje", "klutser", "rondje", "smartie", "E", "schijf", "sijf", "knakker", "tikkel", "joep" en "faxje" (Nabben et al., 2008).

Amfetamine werkt stimulerend, sterker dan ecstasy, en heeft geen entactogene werking. Amfetamine wordt in het uitgaansleven gebruikt, maar ook door opiaat- of polydrugverslaafden. Bij frequent gebruik kan afhankelijkheid optreden. Dit risico is groter voor methamfetamine dan voor 'gewone' amfetamine. De gebruikersnaam voor amfetamine is "speed". Gebruikersnamen voor methamfetamine zijn: "crystal", "ice", "tina", "yaba" en "meth" (Nabben et al., 2008). Amfetamine wordt in Nederland meestal geslikt of gesnoven en soms geïnjecteerd. Methamfetamine wordt soms gerookt. Sommige plattelandsjongeren gebruiken amfetamine als een goedkoper vervangingsmiddel voor cocaïne. Amfetamine die op deze wijze wordt gebruikt wordt daarom "boerencoke" genoemd (Schaafsma, 2008).

### 5.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over ecstasy en amfetamine in dit hoofdstuk zijn:

- Het gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van het voortgezet onderwijs vertoont tussen 1996 en 2007 een dalende lijn. De grootste daling deed zich voor tussen 1996 en 1999 (§ 5.3).

- Scholieren van REC-4 scholen hebben aanzienlijk vaker ervaring met zowel ecstasy als amfetamine vergeleken met hun leeftijdgenoten van het reguliere onderwijs en andere vormen van speciaal onderwijs (§ 5.3).
- Vergeleken met een aantal andere lidstaten van de Europese Unie behoort het percentage recente ecstasyconsumenten in Nederland tot de hogere regionen (§ 5.5).
- Het aantal mensen met een primair of secundair ecstasyprobleem dat een beroep doet op de (ambulante) verslavingszorg is relatief gering en vertoont sinds 2005 een licht dalende lijn (§ 5.6).
- De stijging in het aantal cliënten met een primair of secundair amfetamineprobleem tussen 2002 en 2007 zette zich in 2008 niet voort (§ 5.6).
- Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen vanwege een hoofddiagnose misbruik- of afhankelijkheid van amfetamine(-achtigen) is beperkt maar vertoont tussen 2006 en 2008 een toename (§ 5.6).
- Het aandeel ecstasypillen dat (alleen) een MDMA-achtige stof bevat is in 2008 en de eerste helft van 2009 gedaald. Het aandeel ecstasypillen dat andere stoffen (mCPP, mephedrone) bevat is toegenomen (§ 5.8).
- Methamfetamine, een extra sterke variant van amfetamine, is weinig populair in Nederland (§ 5.8).

## 5.2 Gebruik: algemene bevolking

- Het aantal Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar dat ervaring heeft met ecstasy nam toe tussen 2001 en 2005 (tabel 5.1). Het percentage recente en actuele gebruikers van ecstasy bleef in deze periode stabiel (Rodenburg et al., 2007).
- Veel minder mensen hebben ooit of recent amfetamine gebruikt. Hun aantal bleef tussen 2001 en 2005 stabiel.
- Het percentage actuele gebruikers bleef voor zowel ecstasy als amfetamine ruim beneden de één procent.
- In absolute getallen bedroeg in 2005 het aantal actuele gebruikers van ecstasy 40 duizend en het aantal actuele gebruikers van amfetamine 21 duizend. Deze schattingen zijn waarschijnlijk aan de lage kant, omdat probleemgebruikers van harddrugs in de bewuste peiling ondervertegenwoordigd waren.
- De jaarlijkse aanwas van nieuwe ecstasygebruikers blijft tussen 2001 en 2005 stabiel. Voor amfetamine is de daling van 2001 naar 2005 significant. Dat kan duiden op een licht dalende populariteit van dit middel.

Tabel 5.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine in Nederland onder mensen van 15 tot en met 64 jaar. Peiljaren 1997, 2001 en 2005

	Ecstasy			Amfetamine		
	1997	2001	2005	1997	2001	2005
Ooitgebruik	2,3%	3,2%	4,3%	2,2%	2,0%	2,1%
Recent gebruik <sup>I</sup>	0,8%	1,1%	1,2%	0,4%	0,4%	0,3%
Actueel gebruik <sup>II</sup>	0,3%	0,3%	0,4%	0,1%	0,0%	0,2%
Heeft voor het eerst in het afgelopen jaar gebruikt	0,5%	0,5%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%
Gemiddelde leeftijd van de recente gebruikers <sup>I</sup>	25,1%	26,6%	28,1%	25,8 jaar	27,0 jaar	25,9 jaar

Aantal respondenten: 17 590 (1997), 2 312 (2001), 4 516 (2005). I. In het afgelopen jaar. II. In de afgelopen maand. Bron: NPO, IVO.

### Leeftijd, geslacht en stedelijkheid

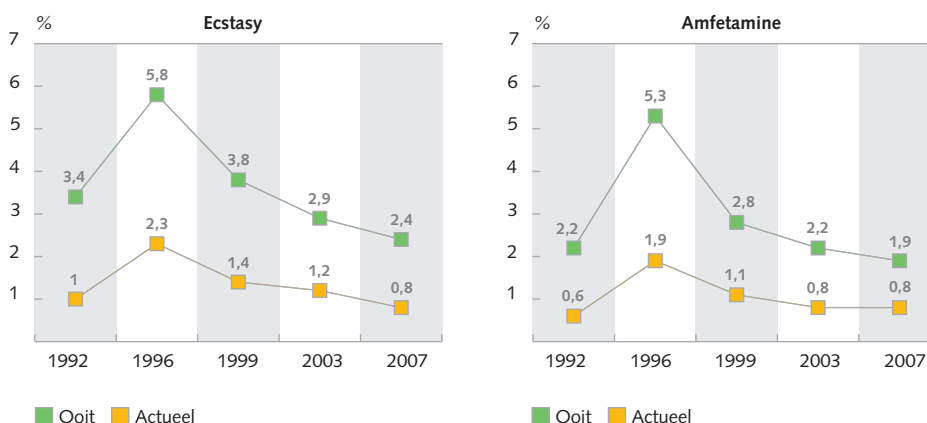
- Voor zowel ecstasy als amfetamine is het percentage ooitgebruikers drie keer groter onder mannen dan vrouwen. Cijfers voor 2005 zijn respectievelijk 6,6 en 1,2 procent voor ecstasy en respectievelijk 3,2 en 1,0 procent voor amfetamine (Rodenburg et al., 2007).
- Ooitgebruik van ecstasy komt het meest voor in zeer sterk stedelijke gebieden (9,6%) en het minst in niet-stedelijke gebieden (2,0%). Voor amfetamine zijn de verschillen wat kleiner maar is hetzelfde patroon zichtbaar (4,1% in zeer sterk stedelijk gebied versus 1,3% in niet-stedelijk gebied).
- Mensen in de leeftijdsgroep 25 tot en met 44 jaar hebben de meeste ervaring met ecstasy (7,1% versus 5,1% onder 15-24-jarigen en 0,9% onder 45-64-jarigen). Voor amfetamine zijn er geen verschillen in het ooitgebruik tussen de leeftijdsgroepen.
- Het aantal recente en actuele ecstasy- en amfetaminegebruikers is te klein voor een uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en stedelijkheid.
- De gemiddelde leeftijd van de recente ecstasygebruikers is gestegen van 25 jaar in 1997 naar 28 jaar in 2005. Het verschil tussen 2001 en 2005 was niet significant. Voor amfetamine zijn over de jaren geen verschillen gevonden.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de ooitgebruikers lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 17,3 jaar voor ecstasy en 17,4 jaar voor amfetamine. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 22,2 jaar voor ecstasy en 21,6 jaar voor amfetamine.

## 5.3 Gebruik: jongeren

### Scholieren

- Van 1992 tot 1996 steeg het percentage gebruikers van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van het regulier middelbaar onderwijs (figuur 5.1) (Monshouwer et al., 2008).
- Voor beide drugs daalde het percentage ooitgebruikers significant tussen 1996 en 1999. Verschillen tussen opeenvolgende peiljaren in 1999, 2003 en 2007 waren niet significant (figuur 5.1).
- Het percentage actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine daalde significant tussen 1996 en 1999 en stabiliseerde vervolgens (figuur 5.1).

Figuur 5.1 Gebruik van ecstasy en amfetamine onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1992



Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Speciaal onderwijs

- Tabel 5.2 laat zien dat scholieren van REC-4 scholen aanzienlijk vaker ervaring hebben met zowel ecstasy als amfetamine vergeleken met hun leeftijdgenoten van zowel het praktijkonderwijs (pro), het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) en het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2009). De verschillen zijn significant voor de leeftijdsgroepen 14-15 jaar en 16 jaar. Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).
- Er zijn geen verschillen in het ooitgebruik van ecstasy en amfetamine tussen leerlingen van het praktijkonderwijs, het lwoo en het regulier onderwijs.



Tabel 5.2 Ooitgebruik van ecstasy en amfetamine onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep

Schooltype	Ecstasy			Amfetamine		
	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal						
REC-4 <sup>I</sup>	3,1%	10,1%	17,9%	3,2%	7,1%	11,9%
Pro <sup>II</sup>	1,4%	3,5%	3,2%	1,0%	1,3%	1,6%
Lwoo <sup>III</sup>	2,0%	1,9%	5,3%	0,6%	1,6%	2,0%
Regulier	0,8%	2,5%	3,2%	0,9%	2,4%	2,3%

Percentage ooitgebruik. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

### Speciale groepen

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen bevinden zich naar verhouding meer gebruikers van ecstasy en amfetamine. Tabel 5.3 vat de resultaten samen van uiteenlopende studies. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. Trendgegevens zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam.

#### Ecstasy

Ecstasy blijft (na cannabis) de belangrijkste illegale drug in het uitgaanscircuit, vooral de dance scenes, maar er zijn signalen die wijzen op een stabilisatie van het gebruik. Ook heeft het middel de laatste jaren concurrentie gekregen van cocaïne en amfetamine.

- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
  - Een op de vier bezoekers was een actuele ecstasygebruiker (24%).
  - Actueel ecstasygebruik kwam het meest voor in leeftijdsgroep 30-35 jaar (33%) en het minst onder bezoekers jonger dan 20 jaar (14%).
  - Tijdens de uitgaansavond zelf had 18 procent van alle bezoekers ecstasy gebruikt, maar dit aandeel varieerde sterk tussen party's (range: 1 tot 62%). Gemiddeld namen zij 1,7 pillen.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen, Drenthe), Oost (Gelderland en Overijssel), Midden (Utrecht, Flevoland), West (Noord- en Zuid-Holland) en Zuid (Noord- Brabant, Zeeland, Limburg).

- Het percentage actuele ecstasygebruikers was het hoogst in de regio West (12,3%), gevolgd door de regio's Zuid (7,2%), Midden (6,9%), Oost (5,6%) en Noord (4,8%).
- In 2008 signaleerden sleutelfiguren in Amsterdam dat ecstasy weliswaar een populair middel is gebleven in het uitgaansleven, maar dat de frequentie van het gebruik nu beduidend lager ligt dan eind jaren negentig. Na een jarenlange daling is volgens de sleutelfiguren het gebruik gestabiliseerd. Van de bezoekers van trendy clubs in Amsterdam had 21 procent in de afgelopen maand ecstasy gebruikt (Benschop et al., 2009).
- In Gelderland werd in 2009 door sleutelfiguren het gebruik van ecstasy alleen gesignaleerd in het uitgaansleven (De Jong et al., 2009). De sleutelfiguren signaleerden dat jaar een daling in het gebruik van ecstasy en schreven dat toe aan het instorten van de markt.
- Stoppen of minderen van ecstasygebruik lijkt vooral bepaald te worden door omgevingsfactoren, zoals een verandering in de leefsituatie (nieuwe baan of relatie) of tanende interesse in het middel. Bezorgdheid over nadelige gezondheidseffecten is een minder relevante factor (Peters et al., 2008).
- In het uitgaansleven wordt ecstasy geregeld samen met andere middelen genomen, zoals alcohol, cannabis en amfetamine. Vooral het gecombineerd gebruik van ecstasy en alcohol is populair (Nabben et al., 2007b).
  - In het landelijke onderzoek in 2008/2009 had 13 procent van de bezoekers van party's en festivals tijdens de uitgaansavond zowel alcohol als ecstasy geconsumeerd (vgl. 18% ecstasygebruikers in totaal).
  - Zowel de combinatie van ecstasy met cocaïne als de combinatie van ecstasy met amfetamine werd gerapporteerd door drie procent van de bezoekers. Twee procent van de bezoekers had zowel ecstasy als GHB geconsumeerd tijdens het uitgaan.

### **Amfetamine**

- Amfetamine is minder populair onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen dan ecstasy en cocaïne. Op hardcore feesten en in bepaalde (alternatieve) scenes (punk, electro, trance, underground, rock en tekno) komt het gebruik van amfetamine wat vaker voor vergeleken met het trendy uitgaanscircuit (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
- Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam daalde tussen 2003 en 2008 het percentage dat ervaring had met deze drug van 34 naar 24 procent. Het percentage actuele gebruikers stabiliseerde in deze periode op zes tot zeven procent (Benschop et al., 2009).
- Trendcijfers over het amfetaminegebruik in andere regio's ontbreken. Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaanscircuit is er sprake van een lichte toename, vooral op het platteland en in het zuiden en noorden van het land (Nabben et al., 2007b). In Gelderland constateren sleutelfiguren dat amfetamine wordt gebruikt omdat het goedkoop is en makkelijk verkrijgbaar (De Jong et al., 2009). Amfetamine wordt daarom wel eens 'armoedecoke' genoemd. Onderzoek in 2008/2009 onder

- bezoekers van clubs en discotheken in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland laat zien dat het amfetaminegebruik (nog steeds) het hoogst is in het westen van het land (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
- Percentages actuele amfetaminegebruikers varieerden van 1,7 procent in de regio Zuid (Noord- Brabant, Zeeland, Limburg) tot 5,4 procent in de regio West (Noord- en Zuid-Holland).
  - In de regio's Oost (Gelderland en Overijssel), Noord (Friesland, Groningen, Drenthe) en Midden (Utrecht, Flevoland) ging het om achtereenvolgens 2,2 procent, 2,4 procent en 3,0 procent.
  - Op basis van deze regionale gegevens zal ook een landelijke schatting van het middelengebruik onder clubbezoekers worden gemaakt. Deze gegevens zijn voor dit jaarbericht nog niet beschikbaar, maar zullen in de eindrapportage van het uitgaansonderzoek worden opgenomen.
  - Onder de uitgaanders komt amfetaminegebruik iets meer voor onder bezoekers van party's en festivals.
    - Volgens onderzoek in 2008/2009 was zeven procent van deze bezoekers een actuele amfetaminegebruiker.
    - Op de uitgaansavond zelf had 5,7 procent van de bezoekers amfetamine genomen, maar dit varieerde tussen uitgaansgelegenheden van nul tot 21 procent. Per avond werd gemiddeld 0,7 gram geconsumeerd.
    - Drie procent van de bezoekers had tijdens de uitgaansavond zowel alcohol als amfetamine genomen.
  - Cijfers van het DIMS (zie § 5.8) en kwalitatieve gegevens van de Trendwatchmonitor suggereren dat methamfetamine in Nederland niet populair is (Nabben et al., 2007b). Wel signaleert Trendwatch 2006/2007 een licht toegenomen belangstelling voor dit middel in homonetwerken in Amsterdam en onder zogenaamde psychonauten, die veelal experimenteren met hallucinogene middelen en andere drugs. Volgens de Antenne monitor was in 2008 methamfetamine echter moeilijk verkrijgbaar en nogal duur (Benschop et al., 2009).

Tabel 5.3 Gebruik van ecstasy en amfetamine in speciale groepen

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Ecstasy		Amfetamine	
				Ooit	Actueel	Ooit	Actueel
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>							
- Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 - 35	35%	17%	-	-
- Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 - 44	17%	7%	7%	2%
- Cafébezoekers <sup>I</sup>	Amsterdam <sup>II</sup>	2005	Gem. 27	32%	7%	17%	2%
- Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gem. 23	20%	6%	-	-
- Bezoekers van discotheken	Nijmegen <sup>III</sup>	2006	Gem. 21	17%	5%	7%	3%
- Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Gem. 26	53%	19%	34%	7%
		2008	Gem. 25	48%	21%	24%	6%
- Coffeeshop-bezoekers	Nijmegen	2005/2006	Gem. 27	40%	13%	25%	6%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk <sup>III</sup>	2008/2009	Gem. 24	42%	24%	23%	7%
<b>Probleemjongeren</b>							
- Gedetineerde jongeren <sup>IV</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	23%	9%	10%	3%
- School drop-outs <sup>V</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	19%	6%	13%	2%
- Zwerfjongeren <sup>V</sup>	Flevoland	2004	13 - 22	38%	8%	26%	2%
- Jongeren in de jeugdzorg <sup>VI</sup>	Amsterdam	2006	Gem.17	14%	2%	7%	1%
- Jongeren in de residentiële jeugdzorg	Landelijk	2008	12 - 13	7%	-	5%	-
			14 - 15	15%	-	14%	-
			16	25%	-	17%	-

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. Jongeren en jongvolwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers. II. Geringe respons (26%). III. Geringe respons (19%). IV. Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties. V. Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben. VI. Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten. Bronnen: Parnassia; GGD Zaanstreek-Waterland; Antenne, Bongor Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam; GGD Zuid-Holland Noord; Tendens, Iriszorg; Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam; EXPLORE, Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

## 5.4 Problematisch gebruik

- Het aantal probleemgebruikers van ecstasy en amfetamine, dat wil zeggen mensen die in hun dagelijks functioneren last krijgen van hun drugsgebruik of zelfs verslaafd raken, is onbekend.
- Zowel ecstasy als amfetamine kunnen bij chronisch gebruik leiden tot afhankelijkheid. Wél staat het optreden van een onttrekkingssyndroom bij ecstasy ter discussie (Degenhardt et al., 2009; Leung en Cottler, 2008).
- Het aantal hulpvragen bij de verslavingszorg voor ecstasy is gering (zie ook § 5.6). Onbekend is of dit samenhangt met een geringe omvang van het probleemgebruik, de aard en ernst van de klachten, of andere factoren.
- Ecstasygebruikers hebben vanaf 2008 de mogelijkheid hulp te zoeken bij speciale medische spreekuren van de verslavingszorg in het westen van het land. Zij blijken vooral klachten te rapporteren zoals depressiviteit, gevoelens van derealisatie, angst, verminderde concentratie, vermoeidheid, gevoel van schokken in het hoofd, tintelingen, spiertrekkingen, zichtproblemen, en duizelingen.

## 5.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Tabel 5.4a en 5.4b presenteren gegevens over het gebruik van ecstasy en amfetamine in een aantal EU-lidstaten, Noorwegen, Australië, Canada en de Verenigde Staten.

- Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking. Van invloed is vooral de leeftijdsgroep. Tabel 5.4a geeft gebruikscijfers die zijn (her)berekend volgens de standaard leeftijdsgroep van het EMCDDA (15 tot en met 64 jaar). Gegevens voor de overige landen staan in tabel 5.4b. Voor Europa zijn alleen landen uit de EU-15 en Noorwegen opgenomen.
- Wat betreft het ooitgebruik van ecstasy spant Australië de kroon (8,9%). Percentages van vijf procent of meer zijn verder gevonden in het Verenigd Koninkrijk (7,3%), Ierland (5,4%) en de Verenigde Staten (5,2%). In Nederland heeft ruim vier procent ervaring met ecstasy (4,3%). In Griekenland en Zweden komt het percentage ooitgebruikers niet boven een procent uit.
- Het percentage mensen dat ooit amfetamine heeft gebruikt loopt uiteen van beneden één procent in Portugal en Griekenland tot 8,5 procent in de Verenigde Staten, met een uitschieter van twaalf procent in het Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales). In Nederland heeft twee procent ervaring met amfetamine.
- Van de getoonde landen in tabellen 5.4a en 5.4b is het percentage recente consumenten met ruim drie procent voor ecstasy en twee procent voor amfetamine het hoogst in Australië. In de lidstaten van de EU-15 en Noorwegen varieert het recent gebruik van ecstasy en amfetamine van nul tot twee procent.
- In Nederland ligt het percentage recente gebruikers van ecstasy (1,2%) boven het Europese gemiddelde van 0,8%. Voor amfetamine ligt het percentage recente gebrui-

kers in Nederland met 0,3 procent onder het Europese gemiddelde van 0,6 procent (EMCDDA, 2009).

**Tabel 5.4a** Consumptie van amfetamine en ecstasy onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15 en Noorwegen: leeftijdsgroep 15 tot en met 64 jaar

Land	Jaar	Ecstasy		Amfetamine	
		Ooit	Recent	Ooit	Recent
Spanje	2005/2006	4,4%	1,2%	3,4%	0,7%
Nederland	2005	4,3%	1,2%	2,1%	0,3%
Ierland	2006/2007	5,4%	1,2%	3,5%	0,4%
Oostenrijk	2004	3,0%	0,9%	2,4%	0,8%
Italië	2005	2,5%	0,5%	2,4%	0,4%
Frankrijk	2005	2,0%	0,4%	1,4%	0,1%
Noorwegen	2004	1,8%	0,5%	3,6%	1,1%
Finland	2006	1,6%	0,5%	2,2%	0,6%
Portugal	2007	1,3%	0,4%	0,9%	0,2%
Griekenland	2004	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%
België	2001	-	-	2,1%	-

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). - = niet gemeten. Bron: EMCDDA.

**Tabel 5.4b** Consumptie van ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele lidstaten van de EU-15, de Verenigde Staten, Canada en Australië: overige leeftijdsgroepen<sup>1</sup>

Land	Jaar	Leeftijd	Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent
Australië	2007	14 en ouder	8,9%	3,5%	6,3%	2,3%
Verenigd Koninkrijk (Engeland en Wales)	2006/2007	16 - 59	7,3%	1,8%	11,9%	1,3%
Verenigde Staten	2008	12 en ouder	5,2%	0,9%	8,5%	1,1%
Canada	2004	15 en ouder	4,1%	1,1%	6,4%	0,8%
Duitsland	2006	18 - 64	2,0%	0,4%	2,5%	0,5%
Denemarken	2005	16 - 64	1,8%	0,3%	6,9%	0,7%
Zweden	2000	16 - 64	0,2%	0,2%	1,9%	0,2%

Verschillen in peiljaar, meetmethoden en steekproeven bemoeilijken een precieze vergelijking tussen landen.

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een meer beperkt leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. Bronnen: EMCDDA, AIHW, SAMSHA, CAS.

## Jongeren

Beter vergelijkbaar zijn de gegevens van het ESPAD-onderzoek onder scholieren van vijftien en zestien jaar in Europese landen. Tabel 5.5a toont het gebruik van ecstasy en tabel 5.5b toont het gebruik van amfetamine in een aantal landen van de EU, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Dit laatste land deed niet mee aan de ESPAD maar voerde vergelijkbaar onderzoek uit (Hibell et al., 2000, 2004, 2009).

- Het percentage leerlingen dat in 2007 wel eens ecstasy heeft geprobeerd was het laagst in Griekenland, Zweden, Portugal, Finland, Noorwegen en Zwitserland (2% of minder). De Verenigde Staten, België (Vlaanderen) en Denemarken gingen aan kop met vijf procent, op de voet gevolgd door Ierland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk met vier procent. Het percentage recente gebruikers varieerde van een procent in Portugal, Finland en Noorwegen tot vier procent in België (Vlaanderen).
- Van de in tabel 5.5b genoemde landen scoorden in 2007 de Verenigde Staten op de maat oitgebruik van amfetamine het hoogst (11%), gevolgd door Oostenrijk (8%). Nederland nam met twee procent een relatief lage positie in.
- In de Verenigde Staten was in 2003 het percentage recente gebruikers van amfetamine het hoogst (9%). In de andere landen in tabel 5.5b had tussen nul en vier procent van de scholieren in het afgelopen jaar nog amfetamine gebruikt.

Tabel 5.5a Consumptie van ecstasy onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten. Peiljaren 1999, 2003 en 2007

Land	1999	2003		2007	
	Ooit	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Verenigde Staten <sup>I</sup>	6%	6%	3%	5%	3%
België <sup>III</sup>	-	4%	3%	5%	4%
Denemarken <sup>II</sup>	3%	2%	2%	5%	2%
Ierland	5%	5%	2%	4%	3%
Nederland	4%	5%	3%	4%	3%
Verenigd Koninkrijk	3%	5%	3%	4%	3%
Frankrijk	3%	4%	-	4%	2%
Oostenrijk	-	3%	2%	3%	2%
Duitsland <sup>IV</sup>	-	3%	2%	3%	2%
Italië	2%	3%	2%	3%	2%
Griekenland	2%	2%	2%	2%	2%
Zweden	1%	2%	1%	2%	2%
Portugal	2%	4%	2%	2%	1%
Finland	1%	1%	1%	2%	1%
Noorwegen	3%	2%	1%	1%	1%
Spanje <sup>II</sup>	-	5%	3%	3%	2%
Zwitserland	-	2%	1%	2%	2%

Percentage gebruikers ooit in het leven en in het laatste jaar (recent). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Spanje en Denemarken zijn minder representatief. III. België in 2007 alleen voor Vlaanderen. IV. Duitsland alleen voor 7 deelstaten. Bron: ESPAD.



**Tabel 5.5b** Consumptie van amfetamine onder scholieren van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde StatenI. Peiljaren 1999, 2003 en 2007

Land	1999	2003		2007
	Ooit	Ooit	Recent	Ooit
Verenigde Staten <sup>I</sup>	16%	13%	9%	11%
Oostenrijk	-	4%	4%	8%
Duitsland <sup>III</sup>	-	5%	3%	5%
Denemarken <sup>II</sup>	4%	4%	3%	5%
België <sup>IV</sup>	-	2%	1%	5%
Frankrijk	2%	3%	-	4%
Italië	2%	3%	2%	4%
Spanje <sup>II</sup>	-	4%	3%	3%
Zwitserland	-	3%	2%	3%
Ierland	3%	1%	0%	3%
Griekenland	1%	0%	0%	3%
Verenigd Koninkrijk	8%	3%	2%	2%
Portugal	3%	3%	2%	2%
Nederland	2%	1%	1%	2%
Zweden	1%	1%	1%	2%
Noorwegen	3%	2%	1%	1%
Finland	1%	1%	0%	1%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (in het laatste jaar). - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten deden niet mee aan de ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. II. De gegevens voor Denemarken en Spanje zijn minder representatief. III. Duitsland alleen voor 7 deelstaten. IV. België alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD.

## 5.6 Hulpvraag

### Verslavingszorg

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg (Ouweland et al., 2009; IVZ, 2009). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

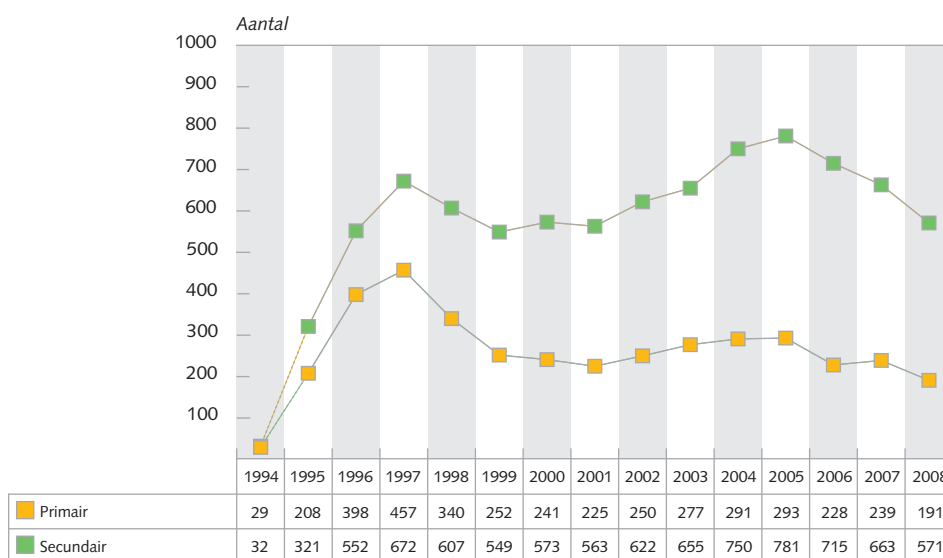
In 2008 heeft een instelling voor verslavingszorg op drie locaties in het westen van Nederland speciale medische spreekuren ingesteld voor gebruikers van 'partydrugs'.

Gegevens van cliënten die deze spreekuren bezoeken komen alleen in de LADIS registratie van de verslavingszorg terecht indien er een (vervolg)behandeling wordt gestart. In totaal werden van augustus 2008 tot en met september 2009 58 intakes van gemiddeld anderhalf uur gerealiseerd.

### **Ecstasy**

- Het aantal cliënten in de (ambulante) verslavingszorg met ecstasy als primair probleem steeg tot 1997 (figuur 5.2). Dit berustte deels op een uitbreiding van de mogelijkheden voor de verslavingszorg om problematisch gebruik van ecstasy te registreren. Vanaf 1997 zette een daling in, gevolgd door een stabilisatie vanaf 1999. Tussen 2005 en 2008 daalde het aantal primaire ecstasycliënten met ruim een derde (35%). Tussen 2007 en 2008 ging het om een daling van twintig procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2008 slechts 1,4 primaire ecstasycliënten, aanzienlijk minder dan voor de meeste andere drugs (62 voor cannabis, 72 voor cocaïne, 94 voor opiaten).
- Het aandeel van ecstasy in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in de afgelopen jaren gering: minder dan 1 procent.
- In 2008 was bijna een kwart van de primaire ecstasycliënten een nieuwkomer (23%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2008 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- De meeste primaire ecstasycliënten hadden ook problemen met een ander middel (76%).
- Er zijn meer cliënten die ecstasy als secundair dan als primair probleem noemen. Na een daling tussen 1997 en 1999, nam hun aantal weer toe tussen 2001 en 2005. In de jaren daarna daalde het aantal weer. Tussen 2007 en 2008 daalde het aantal secundaire ecstasycliënten met veertien procent. In 2008 was voor deze groep van secundaire ecstasycliënten het primaire probleem cocaïne of crack (32%), cannabis (22%), amfetamine (22%), of alcohol (18%).

**Figuur 5.2** Aantal inschrijvingen bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege primaire of secundaire ecstasproblematiek, vanaf 1994<sup>1</sup>

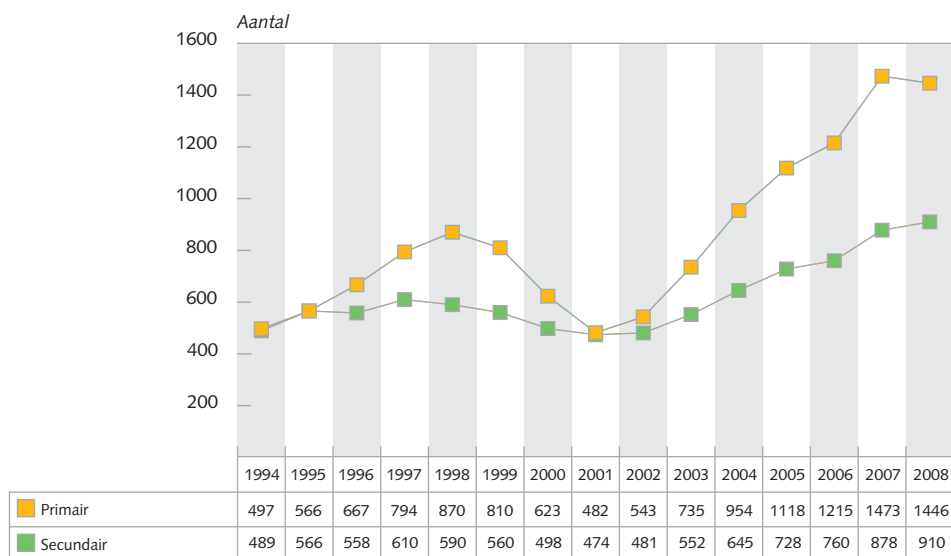


1. In 1994 was de registratie van de ecstasproblematiek nog niet volledig. Bron: LADIS, IVZ (2009).

### Amfetamine

- Het aantal cliënten met amfetamine als primair probleem steeg tot 1998, liep toen terug, maar steeg weer fors tussen 2001 en 2007. Tussen 2007 en 2008 zette deze stijging zich niet voort (figuur 5.3).
- Het aandeel van amfetamine in alle hulpvragen voor drugsproblematiek bleef in al die jaren ondergeschikt (tussen 2 en 4%).
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder registreerde het LADIS in 2008 elf primaire amfetaminecliënten, meer dan in 1994 of in 2001 (4 in beide jaren).
- In 2008 was bijna een kwart van de primaire amfetaminecliënten een nieuwkomer (23%). Deze nieuwkomers werden ingeschreven in 2008 en stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg voor een drugsprobleem.
- De meeste cliënten met een primair amfetamineprobleem rapporteerden ook problemen met een ander middel (79%).
- Voor ongeveer negenhonderd cliënten was amfetamine in 2008 een secundair probleem. Dat is een toename van vier procent vergeleken met 2007. Voor deze groep was het primaire probleem heroïne (59%), alcohol (25%), cannabis (6,4%), of cocaïne of crack (2%).

**Figuur 5.3** Aantal inschrijvingen bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege primaire of secundaire amfetamineproblematiek, vanaf 1994



Bron: LADIS, IVZ (2009).

### Leeftijd en geslacht

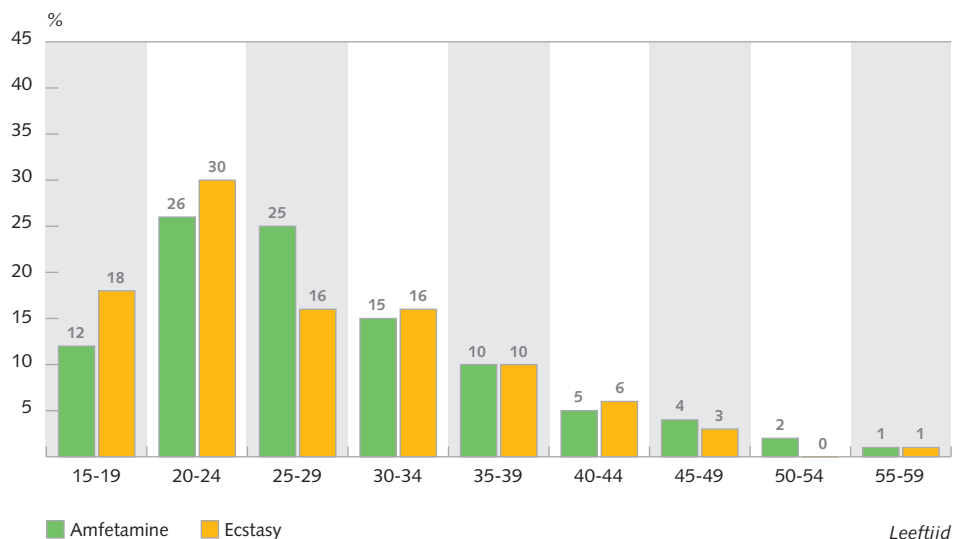
#### Ecstasy

- In 2008 waren ongeveer zeven op de tien primaire ecstasycliënten man (73%). Het aandeel vrouwen (27%) is groter dan voor cannabis, cocaïne en opiaten (18-21%). Tussen 2000 en 2008 steeg het percentage vrouwen van 19 naar 27 procent.
- De gemiddelde leeftijd van de primaire ecstasycliënten was 27 jaar. Daarmee zijn zij gemiddeld het jongst van alle drugscliënten. De piek ligt in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (zie figuur 5.4).

#### Amfetamine

- In 2008 was driekwart (76%) van de primaire amfetaminecliënten man. Het aandeel vrouwen steeg licht van 21 procent in 2000 naar 24 procent in 2008.
- De gemiddelde leeftijd was 29 jaar, iets hoger dan bij de ecstasycliënten en iets hoger dan in 2005 (26 jaar). Bij de amfetaminecliënten ligt de piek in de leeftijdsgroep 20-29 jaar (figuur 5.4).

**Figuur 5.4** Leeftijdsverdeling van primaire ecstasy- en amfetaminecliënten bij de (ambulante) verslavingszorg. Peiljaar 2008



Percentage per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (2009).

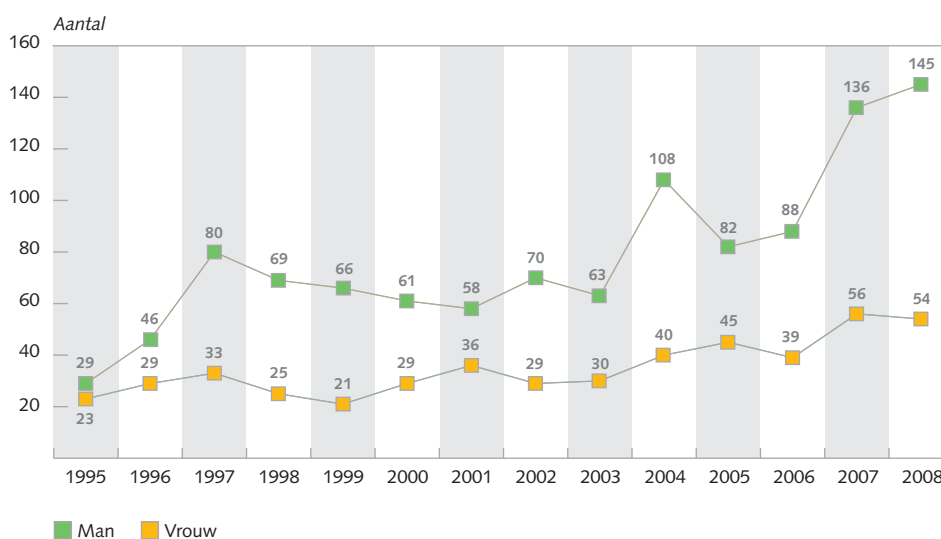
### Algemene ziekenhuizen; incidenten

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreert jaarlijks weinig opnames in algemene ziekenhuizen met psychostimulantia als hoofddiagnose. Het gaat hier om amfetaminen, maar ook om andere psychostimulantia zoals ecstasy (figuur 5.5).

- In 2008 ging het om 54 opnames ofwel acht procent van alle hoofddiagnoses voor drugs. In 48 gevallen ging het om misbruik, in zes gevallen ging het om afhankelijkheid van amfetaminen.
- Vaker werden deze aandoeningen als neventdiagnose gesteld. Tussen 2006 en 2007 steeg het aantal neventdiagnoses met 55 procent naar 136 neventdiagnoses. Tussen 2007 en 2008 steeg dit aantal met nog eens zes procent naar 145 neventdiagnoses. De hoofdziektes of hoofdstoornissen die bij de neventdiagnoses amfetaminemisbruik en -afhankelijkheid werden gesteld liepen sterk uiteen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij deze neventdiagnoses waren:
  - psychose (19%)
  - misbruik of afhankelijkheid van drugs (16%)
  - misbruik of afhankelijkheid van alcohol (13%)
  - ongevallen (10%)
  - vergiftiging (9%)
  - hart- en vaatziekten (5%)
  - ziekten van de ademhalingswegen (3%).

- Dezelfde persoon kan meer dan eens per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevensdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen ging het in 2008 om 166 personen. Zij werden in dat jaar minstens één keer opgenomen met misbruik of afhankelijkheid van amfetaminen als hoofd- of nevensdiagnose. Hun gemiddelde leeftijd was 29 jaar; 73 procent was man. De piek bevindt zich in de leeftijdsgroep van twintig tot en met 24 jaar (23%).
- De LMR registreerde in 2007 en 2008 geen gevallen van onopzettelijke vergiftiging met amfetaminen als nevensdiagnose (ICD-9 code E854.2).

**Figuur 5.5 Klinische opnames in algemene ziekenhuizen gerelateerd aan misbruik en afhankelijkheid van amfetaminen, vanaf 1995**



Aantal diagnoses, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen of meer nevensdiagnoses per opname. ICD-9 codes: 304.4, 305.7 (bijlage C). Ecstasy en amfetamine worden onder dezelfde codes geregistreerd. Bron: Dutch Hospital Data, LMR, Prismant.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid worden jaarlijks gemiddeld 3 800 personen behandeld op spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen na een ongeval, geweld, of zelfmutilatie gerelateerd aan drugsgebruik (Valkenberg, 2009). Drugs zijn hier cannabis, cocaïne, heroïne, ecstasy, amfetamine en paddo's. De gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2004 tot en met 2008 en betreffen schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Negen procent van de drugsslachtoffers gaf aan ecstasy te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (65%), dan maakt ecstasy vijftien procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.

- Amfetamine lijkt niet vaak een rol te spelen. Drie procent van de drugsslachtoffers gaf aan amfetamine te hebben gebruikt. Tellen we alleen de gevallen mee waarvan de drug bekend is (65%), dan maakt amfetamine vier procent uit van alle drugsgerelateerde behandelingen bij de spoedeisende hulp.
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan drugs gerelateerde ongevallen, want de invloed van drugs wordt niet systematisch onderzocht.

De GGD Amsterdam registreert het aantal aanvragen voor spoedeisende hulp bij de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA).

- In 2008 was ecstasy 43 keer reden voor een aanvraag van hulp, 36 procent minder dan in 2007. (tabel 5.6).
- In bijna drie kwart van de ecstasy gevallen (70%) was vervoer naar het ziekenhuis nodig, meer dan bij cannabis (39%).
- Amfetamine was in 2008 slechts in veertien gevallen de reden voor een hulpvraag bij de CPA in Amsterdam.

**Tabel 5.6 Drugsincidenten voor amfetamine en ecstasy geregistreerd door de GGD Amsterdam, vanaf 1997**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Amfetamine	7	7	7	30	6	5	7	8	3	13	17	14
Ecstasy	41	35	43	36	42	39	39	59	63	53	67	43

Aantal incidenten (personen) per jaar. Bron: CPA, GGD Amsterdam.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, zoals drugs (Van Velzen et al., 2009).

- Voor ecstasy vinden meer informatieverzoeken plaats dan voor amfetamine (tabel 5.7). Het aantal informatieverzoeken voor ecstasy steeg tot 2004 en daalde licht in de jaren 2005 – 2007 en stabiliseerde in 2008.
- Het aantal informatieverzoeken voor amfetamine werd drie keer zo groot tussen 2000 en 2005. De meeste vragen hadden betrekking op patiënten die amfetamines op party's hadden gebruikt, zowel na enkelvoudig gebruik als in combinatie met andere drugs of alcohol. In 2006 en 2007 nam het aantal informatieverzoeken vanwege amfetamine weer iets af.
- De stijging tussen 2007 en 2008 is onder andere ontstaan doordat in 2008 voor het eerst de meldingen via de website werden meegeteld.
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Hoe bekender artsen zijn met de symptomen en behandeling van een intoxicatie met een bepaalde drug hoe kleiner de kans dat zij het NVIC raadplegen.

**Tabel 5.7 Informatieverzoeken vanwege het gebruik van ecstasy en amfetamine bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum, vanaf 2000**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ecstasy	164	194	184	208	246	217	183	171	185
Amfetamine	42	39	39	47	51	128	106	88	125

Aantal informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld.

Bron: NVIC, RIVM.

## 5.7 Ziekte en sterfte

### Ziekte

- De laatste stand van wetenschap wijst op een (langdurige) verstoring van hersenfuncties, met name het geheugen, het concentratievermogen en de stemming in zowel gebruikers als ex-gebruikers van ecstasy (Kalechstein et al., 2007; Rogers et al., 2009; Schilt, 2009; De Win, 2007; Jager, 2006).
- Deze verstoring kan langer dan een jaar aanhouden na stopzetting van het gebruik. Onbekend is of volledig herstel optreedt.
- De effecten zijn waarschijnlijk toe te schrijven aan ecstasygebruik, maar ondanks ruim twintig jaar onderzoek is nog steeds niet duidelijk hoe schadelijk ecstasy precies is. De gerapporteerde effecten zijn doorgaans klein, met uitzondering van de afname van het (verbale en werk-) geheugen, en vallen binnen de 'normale marge'. Ook kan bij het ontstaan van de gevonden afwijkingen niet met zekerheid worden vastgesteld wat de rol is geweest van andere factoren, zoals het gebruik van andere drugs of al aanwezige ziekten en kenmerken (Rogers et al., 2009).
- De veranderingen hangen waarschijnlijk samen met afwijkingen aan serotonerge zenuwen in de hersenen.
- Bij proefdieren neemt de kans op hersenschade toe met een stijging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA. Bij de mens werkt dit waarschijnlijk ook zo. De kans op oververhitting en daardoor (langdurige) hersenschade neemt toe als een consument grotere hoeveelheden MDMA slikt in een warme omgeving (boven 18-20 graden). De precieze dosering die tot schade leidt is niet bekend.
- Resultaten van onderzoeken uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit van Utrecht laten niet zien dat kortdurend of incidenteel gebruik van ecstasy aanleiding geeft tot ernstige hersenschade en vermindering van hersenfuncties op langere termijn (De Win, 2007; Jager, 2006; Schilt, 2009). Toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat een lage dosis ecstasy veilig is.
  - Deelnemers aan de studies hadden gemiddeld 1,8 tot 6 ecstasypillen geslikt en werden gemiddeld acht tot 19 weken na de laatste inname getest.
  - De resultaten lieten een vaatvernauwing in bepaalde delen van de hersenen zien.
  - De prestatie op geheugen- en aandachtstaken en op de hersenactiviteit tijdens



de taakuitvoering bleef doorgaans ongemoeid, met uitzondering van een negatief effect op het verbaal geheugen.

- Ook waren er aanwijzingen voor mogelijke schade aan zenuwuiteinden en een verhoogde behoefte aan spanning ('sensation seeking'). Er werd geen effect op depressie of impulsiviteit gevonden.
- Onbekend is of de gevonden vaatvernauwing en geheugenafname permanent is. De klinische relevantie van deze effecten lijken vooralsnog gering.
- Onderzoek onder wat oudere ecstasygebruikers (40-55 jaar) laat zien dat de negatieve effecten van ecstasy op het verbale geheugen 'optellen' bij de normale leeftijdsgerelateerde achteruitgang van het geheugen (Schilt, 2009). Of ecstasygebruik op nog latere leeftijd (65+) het cognitieve verouderingsproces versnelt, is niet bekend.
- Misschien is er ook sprake van een genetische kwetsbaarheid voor de effecten van ecstasy op het verbale geheugen (Schilt, 2009).

Gecombineerd gebruik van ecstasy (MDMA) en andere middelen kan (acute) risico's met zich meebrengen.

- Laboratoriumonderzoek van de Universiteit van Leiden laat zien dat zowel MDMA als THC (het belangrijkste werkzame bestanddeel in cannabis) een toename van de hartslag kan veroorzaken. Bij gelijktijdig gebruik van beide middelen tellen deze effecten op. Ook houdt de verhoging van de lichaamstemperatuur na gebruik van MDMA langer aan als er ook THC wordt gebruikt (Dumont, 2009). De toename van de hartslag kan bij sommige personen tot gezondheidsproblemen leiden.
- Consumptie van een lage dosis alcohol (2-3 glazen) blijkt echter bepaalde fysiologische effecten van MDMA, zoals vochtretentie en een toename lichaamstemperatuur, enigszins af te zwakken (Dumont 2009). Of deze uitkomsten ook praktische relevantie hebben is niet bekend. Voor hogere doseringen alcohol zou een omgekeerd effect kunnen gelden.
- Een omvangrijke overzichtsstudie van humaan onderzoek suggereert wel een zeker beschermend effect van alcohol op de schadelijke gevolgen van ecstasygebruik en voert hiervoor twee verklaringen aan. Mogelijk onderdrukt alcohol inderdaad de schadelijke gevolgen voor het brein door oververhitting na ecstasygebruik. Anderzijds behoren ecstasygebruikers die ook (gelijktijdig) alcohol consumeren wellicht tot een meer gematigde gebruikersgroep van ecstasy (Rogers 2009).

## **Sterfte**

Het precieze aantal sterfgevallen door gebruik van amfetamine en ecstasy is niet bekend.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS komen deze middelen niet vaak voor als primaire doodsoorzaak. In de periode 1996 - 2002 ging het om maximaal vier acute sterfgevallen per jaar. In 2003 registreerde het CBS zeven gevallen, in 2004 vijf gevallen en zowel in 2005 als 2006 vier gevallen. In 2007 werd slechts één geval geregistreerd en in 2008 slechts twee (ICD-10 code F15 en ICD-10 codes X41, X61 en Y11, alle drie codes in combinatie met code T43.6; voor een verklaring van de codes zie bijlage C). Deze codes omvatten niet alleen amfetaminen en MDMA (-achtigen) maar ook andere stimulerende stoffen, zoals cafeïne, efedrine en khat.

Volgens het EMCDDA spelen ecstasy en amfetamine ook in andere Europese landen een ondergeschikte rol in de drugssterfte, althans voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn (EMCDDA, 2009).

- In 2007 werden in de hele Europese Unie ongeveer negentig sterfgevallen gerapporteerd waarin ecstasy een rol speelde.
- Ecstasy was vaak niet het enige middel. Andere factoren die mogelijk een rol speelden bij deze sterfgevallen zijn oververhitting, waterintoxicatie of een onderliggende ziekte.
- Relatief veel sterfgevallen door methamfetamine, de extra sterke variant van amfetamine, werden gerapporteerd in de Tsjechische Republiek. Finland rapporteerde 64 gevallen waarin amfetamine mogelijk een rol had gespeeld in het overlijden.

## 5.8 Aanbod en markt

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) onderzoekt welke stoffen aanwezig zijn in drugsmonsters die bij instellingen voor verslavingszorg worden ingeleverd. Een deel van deze monsters (pillen) wordt op basis van bepaalde kenmerken, zoals logo, gewicht en diameter, herkend bij de instellingen zelf. Monsters met onbekende samenstelling en alle monsters in poedervorm worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse (Van Dijk, 2009).

### Samenstelling ecstasypillen

In 2008 boden consumenten in totaal 3 775 pillen aan ter analyse, waarvan 60 procent (2 266 pillen) werd doorgestuurd naar het laboratorium. Het merendeel van (96,3%) van de naar het laboratorium gestuurde tabletten was door de consument gekocht als ecstasy. In de eerste helft van 2009 (week 1 tot en met week 26) alleen al werden 4 240 tabletten aangeboden bij de testservices. Deze toename hangt waarschijnlijk samen met de verstoring van de ecstasymarkt, die in de tweede helft van 2008 startte (zie onder).

Tabel 5.8 geeft het percentage van de in het laboratorium geanalyseerde 'ecstasypillen' die MDMA en/of een andere stof bevatten. Weergegeven zijn alleen die pillen die door de consument gekocht zijn als ecstasypil, ongeacht de daadwerkelijke samenstelling.

- In 2008 bevatte 80 procent van de pillen (ook) een MDMA-achtige stof (MDMA, MDA, MDEA of MBDB), in 2007 was dat 91 procent. De meeste MDMA-achtige pillen bevatten alléén MDMA. Het eerste halfjaar van 2009 laat een opmerkelijke verandering zien ten opzichte van de jaren ervoor. Nog maar 70 procent van de pillen bevatte een MDMA-achtige stof.
- MDMA werd in ecstasypillen in toenemende mate vervangen door allerlei andere stoffen, al dan niet farmacologisch vergelijkbaar met MDMA. Het aandeel 'ecstasypillen' met alleen een andere farmacologisch actieve stof dan MDMA steeg van 8 procent in 2007 naar 17 procent in 2008 en 29 procent in de eerste helft van 2009.
  - Het gaat in de meeste gevallen om meta-Chloor-Phenyl-Piperazine (mCPP). Het totale aandeel ecstasypillen waarin mCPP voorkwam (alleen of samen met een

andere stof) bedroeg in 2008 en 2009 (eerste helft) respectievelijk 14 en 22 procent. In 2007 en 2006 was dit respectievelijk 10 en 9 procent.

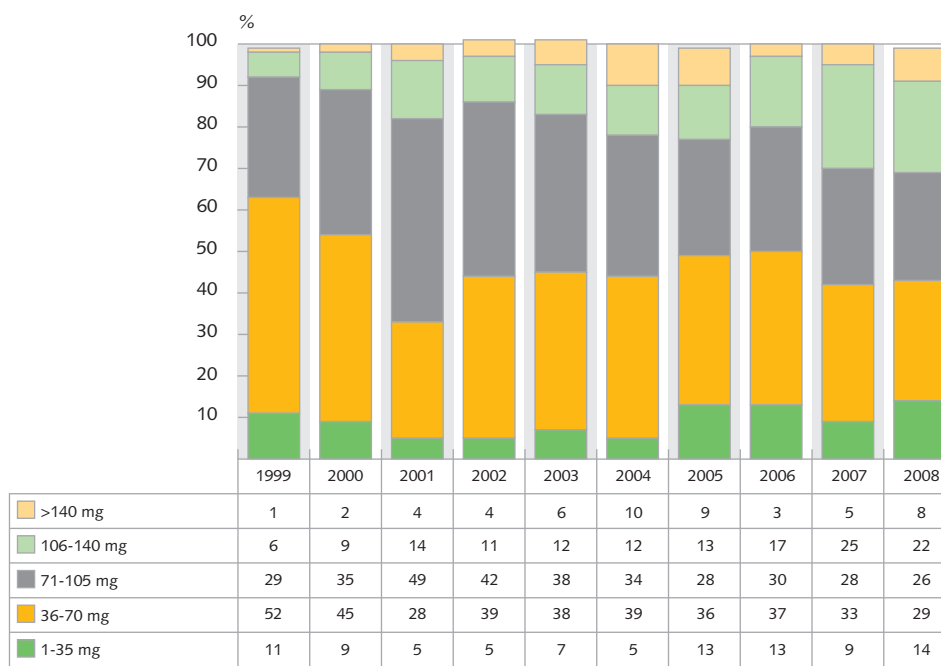
- In 2009 komen echter ook voor het eerst andere farmacologisch actieve stoffen voor in ecstasypillen, zoals 4-fluoramfetamine en mephedrone (zie 'Overige stoffen').
- Het aandeel 'ecstasypillen' dat geen MDMA-achtige, maar wel amfetamine of methamfetamine bevatte, nam toe van 1,4 procent in 2008 naar 4 procent in de eerste helft van 2009.
- De gemiddelde hoeveelheid MDMA in ecstasypillen steeg van 74 mg in 2006 naar 82 mg in 2007 en stabiliseerde op gemiddeld 81 mg in 2008. In de eerste helft van 2009 daalde dit sterk naar 65 mg. De hoogst gemeten dosering in 2009 was 203 mg, in 2008 207 mg en 199 mg in 2007.
- Het aandeel hooggedoseerde ecstasypillen (meer dan 105 mg MDMA) bleef gemiddeld stabiel in 2007 en 2008 (30%) (figuur 5.6). In het tweede kwartaal van 2009 was dit percentage fors lager (9%).
- Deze trends suggereren een afgenomen beschikbaarheid van MDMA in de tweede helft van 2008 en de eerste helft van 2009.

**Tabel 5.8 Aantal en samenstelling (%) van bij het DIMS aangeleverde 'ecstasy'pillen die in het laboratorium zijn geanalyseerd, vanaf 1999**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 <sup>IV</sup>
<b>Totaal aantal geanalyseerde pillen</b>	<b>1 805</b>	<b>2 462</b>	<b>2 359</b>	<b>2 130</b>	<b>2 177</b>	<b>1 985</b>	<b>2 134</b>	<b>2 523</b>	<b>2 319</b>	<b>2 185<sup>I</sup></b>	<b>1 140</b>
MDMA	83,7	87,6	86,1	84,9	85,4	85,6	76,0	75,4	78,8	69,5	52,2
MDEA	1,6	0,8	0,7	0,4	0,5	0,1	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3
MDA	2,4	1,9	0,6	1,4	0,9	1,9	2,9	0,4	0,0	0,0	0,3
MBDB	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Combinatie van ecstasychtigen <sup>II</sup>	1,0	2,7	2,5	1,5	2,2	4,4	5,2	0,8	0,9	0,9	3,1
Combinatie ecstasychtigen <sup>II</sup> + andere farmacologisch actieve stof <sup>III</sup>	5,1	4,1	7,4	8,2	8,3	5,4	7,8	13,0	11,0	9,4	14,0
(Meth)amfetamine	3,0	0,7	0,7	1,7	1,0	0,3	3,9	0,9	0,4	0,5	1,8
(Meth)amfetamine+ overige stof	0,5	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,9	0,3	0,9	2,2
Andere farmacologisch actieve stof	2,2	1,4	1,1	0,8	0,6	1,7	3,2	7,1	7,3	15,3	24,6
Geen farmacologisch actieve stof	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	1,2	0,8	3,3	1,5

Percentage pillen die een bepaalde stof of combinatie van stoffen bevatten. Categorieën sluiten elkaar uit en tellen op tot 100 procent. I. Totaal na correctie. II. Onder ecstasychtig wordt hier verstaan: MDMA, MDEA, MDA of MBDB. III. Zoals cafeïne, paracetamol en mCPP. Bron: DIMS. IV. Alléén de eerste 6 maanden van 2009.

Figuur 5.6 Concentratie van MDMA in 'ecstasy'-pillen aangeleverd bij DIMS, vanaf 1999



Percentage pillen met een bepaalde hoeveelheid MDMA. Het gaat om pillen die in het laboratorium werden getest en tenminste 1 mg MDMA bevatten. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

### Overige stoffen

Tabel 5.9 geeft een overzicht van de aantallen door het DIMS aangetroffen monsters (pillen, poeders, vloeistoffen, of anderszins) met stoffen die in het kader van het Europees Early Warning System (EWS) continu worden gemonitord of die anderszins een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid vormen.

- Stoffen zoals 4-MTA, BZP, DOB, MBDB en PMA/PMMA komen anno 2008 en 2009 niet of nauwelijks nog op de Nederlandse markt voor.
- De hallucinogene stof 2C-B, die medio jaren negentig veel werd aangetroffen, met name ook in ecstasypillen, werd in 2008 75 keer en de eerste helft 2009 42 keer in drugsmonsters aangeboden.
- Nieuwe stoffen die pas in 2009 of tegen het eind van 2008 voor het eerst opdoken bij het DIMS waren 4-fluoramfetamine en mephedrone (respectievelijk 67 en 22 keer in de eerste helft van 2009). Deze aantallen betreffen alleen de in het laboratorium geanalyseerde monsters. 4-Fluoramfetamine is een amfetamine analoog met effecten op zowel serotonerge als dopaminerge hersencellen. Dierexperimenteel onderzoek suggereert dat het minder stimulerend en verslavend is vergeleken met amfetamine (Marona-Lewicka et al., 1995; Negus et al., 2007). Over mephedrone is nog niets bekend uit de literatuur.

- Ketamine is in 2008 niet vaker aangetroffen dan in 2007, maar wel vaker dan in 2006. Ook in de eerste helft van 2009 lijkt er niet echt sprake van een toename. Gebruik van dit middel wordt in bepaalde netwerken in bepaalde delen van het land gesignaleerd. Onder Amsterdamse clubbezoekers nam het gebruik in het afgelopen decennium toe, maar landelijke trendcijfers ontbreken (Benschop et al., 2009; Nabben et al., 2007a).
- Eind 2004 verscheen de stof *meta-Chloor-Phenyl-Piperazine* (mCPP) op de Nederlandse ecstasymarkt. De stof mCPP werkt net zoals MDMA op serotonerge hersencellen, maar heeft nauwelijks stimulerende effecten. Gebruikers rapporteren veel negatieve effecten (Bossong, 2009).
  - Het *totale* aandeel in alle door DIMS geregistreerde monsters dat mCPP bevat steeg van 6 procent in 2006 naar 7 procent in 2007 en 2008. De stijgende lijn lijkt zich in de eerste helft van 2009 door te zetten (10 %). Op Europees niveau is besloten geen risico-evaluatie uit te voeren voor deze stof. Wel wordt de stof sinds 2006 actief gemonitord in het kader van het Europese Early Warning System.
- Een andere piperazine die sinds 2003 in ecstasypillen is aangetroffen is *benzylpiperazine* (BZP). In tegenstelling tot in sommige andere Europese landen lijkt BZP in Nederland geen grote populariteit te genieten. In 2008 en 2009 werd BZP door het DIMS vrijwel niet aangetroffen.
- Op Europees niveau heeft er in 2007 een risicoschatting voor BZP plaatsgevonden. In navolging van de aanbeveling die hieruit voortkwam is op 3 maart 2008 besloten om BZP onder controle van de nationale drugswetgeving in de lidstaten van de EU te brengen.
- In Nederland worden mCPP, BZP, mephedrone en 4-fluoramfetamine beschouwd als niet geregistreerde geneesmiddelen die vallen onder de geneesmiddelenwet (GW), voorheen de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG). Zonder vergunning handelen in deze middelen is verboden. BZP is op 31 augustus 2009 onder het regiem van de Opiumwet gebracht.

Tabel 5.9 Aantal monsters met overige psychoactieve stoffen, vanaf 1999

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Eerste helft 2009
<b>Totaal aantal geanalyseerde monsters</b>	<b>4 363</b>	<b>4 065</b>	<b>3 798</b>	<b>3 445</b>	<b>3 510</b>	<b>3 604</b>	<b>4 095</b>	<b>4 580</b>	<b>4 727</b>	<b>4 671</b>	<b>2 549</b>
2C-B	25	12	11	2	15	5	9	18	21	75	42
4-MTA	8	6	1	5	0	1	0	0	0	0	0
Atropine	0	1	0	0	0	3	5	0	2	0	0
BZP	1	0	0	0	3	3	0	13	4	0	1
GHB/GBL	24	36	102	72	72	98	114	142	203	234	59
DOB	26	5	5	0	0	2	0	1	0	1	0
Ketamine	1	2	1	2	3	19	17	50	80	65	33
MBDB	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
mCPP		-	-	-	-	13	92	256	323	331	262
PMA/(PMMA) <sup>1</sup>		1	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Strychnine		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mephedrone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
4-fluoramfetamine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	67

Het betreft alleen monsters die in het laboratorium zijn geanalyseerd. 1. Pillen met meer dan 1 mg.

Bron: DIMS, Trimbos-instituut.

### Samenstelling (meth)amfetaminepoeders

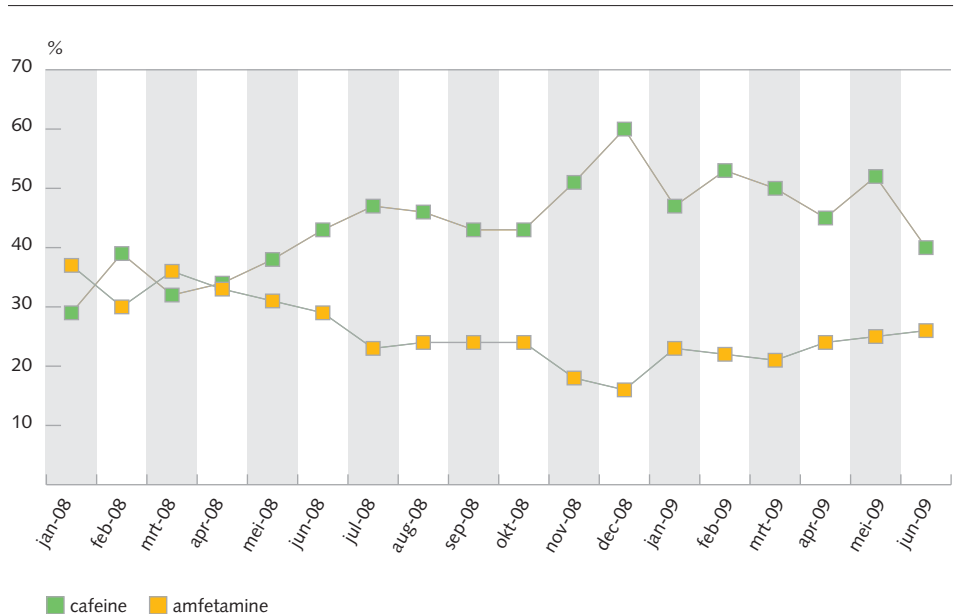
Speed is de straatnaam voor amfetamine. Evenals voor ecstasy zijn er tussen medio 2008 en medio 2009 ook duidelijke veranderingen in de samenstelling van speedmonsters waargenomen. In de eerste helft 2009 werden 613 'speedpoeders' in het laboratorium geanalyseerd, een voorlopige trend die de aantallen over 2008 (894) en 2007 (770) lijkt te overtreffen (Van Dijk, 2009).

- In 2008 bevatte het overgrote deel (95%) amfetamine (zonder methamfetamine). In de eerste helft van 2009 was dit 90 procent.
- De concentratie amfetamine was in 2008 gemiddeld 26 procent (met een maximum van 76%), tegenover 34 procent in 2007. In de eerste helft van 2009 was de gemiddelde concentratie 24 procent.
- Slechts 0,6 procent van alle poeders die in 2008 als 'speed' werden verkocht bevatte alleen methamfetamine en 0,3 procent bevatte zowel amfetamine als methamfetamine. Voor de eerste helft van 2009 zijn deze percentages respectievelijk 0,3 en 0,1. Methamfetamine, een extra sterke variant van amfetamine, is weinig populair in Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten.
- Net als in voorgaande jaren, bevatte het grootste deel van de poeders in 2008 en de eerste helft van 2009 naast amfetamine ook cafeïne (gemiddeld 78%). Opvallend is echter de geleidelijke maandelijkse daling in 2008 van het gehalte amfetamine

in de speedpoeders, die parallel loopt met een stijging van de concentratie cafeïne. Gedurende 2009 lijken deze trends weer tot het niveau van begin 2008 terug te keren (Figuur 5.7)

- In 2008 werd 4-fluoramfetamine 3 maal aangetroffen in monsters verkocht als speed. In de eerste helft van 2009 was dat 60 maal.

**Figuur 5.7** Daling van het gehalte amfetamine in speedpoeders, stijging van het gehalte cafeïne in de loop van 2008 tot aan medio 2009



*Trends in het gehalte amfetamine en het versnijdingsmiddel cafeïne in speedpoeders. Data zijn weergegeven per maand vanaf het begin van 2008 tot en met halverwege 2009. Bron: DIMS, Trimbos-instituut.*

## Prijzen

De landelijke Trendwatch-monitor, de Antenne-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een ecstasypil of een gram amfetamine.

### Amfetamine

- Uitgaande jongeren en jonge volwassenen die in 2006/2007 een gram amfetamine hadden gekocht betaalden volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven gemiddeld 7,5 euro, maar de prijzen liepen uiteen van 2 tot 15 euro per gram. In Amsterdam lagen de prijzen gemiddeld hoger, tussen de 10 en 20 euro. Dit kan samenhangen met de kleine en relatief ontoegankelijke speedmarkt in Amsterdam. In 2008 liep in Amsterdam de prijs voor een gram amfetamine uiteen van 5 tot 25 euro en betaalden de meeste gebruikers 10 tot 15 euro (Nabben et al., 2007a, 2008; Benschop et al., 2009).

- Consumenten die bij DIMS hun drugsmonster lieten testen betaalden in 2009 en 2008 twee tot twintig euro per gram amfetamine (gemiddeld 6 euro), ongeveer evenveel als in 2007 (Van Dijk, 2009).

### **Ecstasy**

- In 2006/2007 fluctueerde de prijs van een ecstasypil volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven tussen de twee en vijf euro. Dat is minder dan in 2004/2005 (3 tot 8 euro per pil). De prijs daalt naarmate een klant meer pillen tegelijk afneemt en stijgt met een toenemende dosering van de werkzame stof. In clubs rekenen dealers echter 10 euro voor een pil (Nabben et al., 2007a, 2008).
- Amsterdamse clubbezoekers betaalde in 2008 in het uitgaansleven minder voor een ecstasypil dan in 2003 (gemiddeld respectievelijk €5,5 en €3,6). In 2008 was de gemiddelde prijs van een ecstasypil bij een 06-dealer en een dealer thuis minder hoog dan in het uitgaansleven (respectievelijk €3,3 en €2,7) (Benschop et al., 2009).
- In 2008 werd in Amsterdam een verband gevonden tussen de prijs per ecstasypil (herkomst onbekend) enerzijds en het aantal per transactie en de zuiverheid anderzijds (hoe hoger de MDMA concentratie hoe duurder) (Benschop et al., 2009).
- Consumenten die ecstasypillen bij DIMS lieten testen betaalden in 2008 2,5 euro en in de eerste helft van 2009 gemiddeld 3 euro per pil, variërend van 1 euro tot 10 euro. In 2006 en 2007 was de gemiddelde prijs van een ecstasypil ongeveer 3 euro (Van Dijk, 2009).



## 6 GHB

GHB staat voor gammahydroxyboterzuur en is een middel dat doorgaans wordt verkocht in de vorm van een vloeistof. Populaire namen voor GHB zijn "liquid E", "liquid X", of "G" (Benschop et al., 2009). Evenals alcohol veroorzaakt GHB een lichte roes, maar het kan ook hallucinaties veroorzaken en een stimulerende werking hebben. GHB kan bij de 'gewone' recreatieve doseringen ook ongewenste effecten hebben zoals vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuip trekkingen. Bij een hogere dosering (overdosering) kan de gebruiker in een comateuze toestand raken. Het verschil tussen de 'recreatieve' dosering en overdosering is vaak klein. Bij het ontwaken uit de coma voelt de persoon zich wakker en alert, maar soms ook gedesoriënteerd of agressief. Bij langdurig en intensief gebruik kan afhankelijkheid optreden. De ingrediënten voor GHB, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en natronloog (gootsteenontstopper), zijn eenvoudig te krijgen. GBL is een schoonmaakmiddel dat via internet kan worden besteld. In pure vorm is dit middel nog sterker dan GHB, maar gebruik is gevaarlijk in verband met zijn agressieve eigenschappen. In onverdunde vorm kan GBL irritatie en beschadiging van slokdarm en maag veroorzaken.

### 6.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over GHB in dit hoofdstuk zijn:

- Het gebruik van GHB lijkt onder de algemene bevolking en onder scholieren van het regulier onderwijs relatief weinig voor te komen (§ 6.2, § 6.3).
- Scholieren van speciale scholen en jongeren in de jeugdzorg hebben vaker ervaring met GHB vergeleken met leeftijdgenoten van het reguliere voortgezet onderwijs (§ 6.3).
- De laatste jaren lijkt het gebruik van GHB zich te hebben verlegd van uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de Randstad naar een grotere groep jongeren uit de provincie. Deze jongeren gebruiken het middel ook buiten het uitgaansleven (§ 6.3).
- De hulpvraag vanwege GHB verslaving bij een aantal instellingen voor verslavingszorg is de afgelopen jaren toegenomen maar landelijke cijfers zijn nog niet volledig (§ 6.6).
- Het aantal GHB slachtoffers bij spoedeisende eerste hulpdiensten is tussen 2003 en 2008 sterk toegenomen (§ 6.6).
- Er is geen goed zicht op het aantal sterfgevallen waarbij GHB betrokken is (§ 6.7).
- GHB is een relatief goedkope drug (§ 6.8).

## 6.2 Gebruik: algemene bevolking

Een internet survey in januari 2009 onder ruim 1700 mensen van 12 jaar en ouder suggereert dat GHB-gebruik in de algemene bevolking weinig voorkomt.

- Eén respondent (0,2%) gaf aan de afgelopen 14 dagen GHB te hebben gebruikt (Meerkerk et al., 2009).

## 6.3 Gebruik: jongeren

### Scholieren

Vergeleken met andere drugs hebben weinig scholieren van het regulier voortgezet onderwijs ervaring met het gebruik van GHB.

- Volgens het Peilstationsonderzoek van 2007 heeft 0,6 procent van de scholieren van 12-18 jaar ooit wel eens GHB gebruikt (Monshouwer et al., 2008). In het Peilstationsonderzoek van 2003 was GHB nog niet meegenomen.

### Scholieren van het speciaal onderwijs

Tabel 6.1 laat zien dat scholieren van speciale scholen aanzienlijk vaker ervaring hebben met GHB dan hun leeftijdgenoten van het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009). Het ooitgebruik van GHB ligt onder scholieren van zowel REC-4 scholen, het praktijkonderwijs (pro), het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo), hoger dan het reguliere onderwijs.

Tabel 6.1 Ooitgebruik van GHB onder scholieren van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep

	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal onderwijs			
REC-4 <sup>I</sup>	4,7%	3,5%	7,1%
Pro <sup>II</sup>	5,7%	5,2%	3,9%
Lwoo <sup>III</sup>	5,0%	3,1%	4,0%
Regulier onderwijs	0,3%	0,8%	0,8%

Percentage ooitgebruik. Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut; Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

### Speciale groepen

Het gebruik van GHB lijkt onder de groep van uitgaande jongeren en jongvolwassenen aanzienlijk meer voor te komen dan onder scholieren van het reguliere onderwijs, hoewel leeftijdverschillen en verschillen in methoden van onderzoek geen precieze vergelijking toelaten.

- Uit de weinige beschikbare gegevens van onderzoek uitgevoerd tussen 2005 en 2009 komt naar voren dat twee tot zestien procent van de uitgaanders ervaring heeft met GHB en een tot vier procent de afgelopen maand nog GHB heeft gebruikt (tabel 6.2) (Nabben et al., 2007a; Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
- Onder clubbezoekers in Amsterdam nam het ooitgebruik toe van 10,4 procent in 1998 naar 17,8 procent in 2003, en daalde het iets naar 15,7 procent in 2008. Het actuele gebruik steeg van 2,4 procent in 1998 naar 4,2 procent in 2003 en 4,7 procent in 2008. Twee procent van de clubbezoekers had de uitgaansavond zelf GHB gebruikt (Benschop et al., 2009).
- Van alle bezoekers van dansfeesten die in 2008 naar de Unity voorlichtingsstand kwamen had veertien procent de laatste maand GHB gebruikt; zes procent had ook de uitgaansavond zelf GHB gebruikt (Benschop et al., 2009). Unity richt zich echter op alcohol- en drugsgebruik en zal daarom relatief veel actuele gebruikers trekken.
- Kwalitatief onderzoek suggereert dat GHB-gebruik vanaf eind jaren negentig een opmars kende onder trendy uitgaanders in Amsterdam. Deze opmars kende een stabilisatie rond 2003, en na dit jaar leek het gebruik duidelijk weer af te nemen onder deze groep. In 2008 werd echter in sommige vriendenkringen van Amsterdamse uitgaanders geconstateerd dat GHB daar zo ruim aanwezig is dat het bijkans "uit de kraan komt" (Benschop et al., 2009). Panelleden van de Antenne-monitor schatten in dat GHB een "blijvertje" is geworden. Ook uitgaanders van buiten Amsterdam staan bekend om hun GHB-gebruik, vaak op een erg riskante manier.
- Gebruik van GHB lijkt zich vooral de laatste jaren onder groepen jongeren in de provincie te populariseren, voornamelijk op plaatsen buiten het uitgaansleven (De Jong et al., 2008). Ook wordt dagelijks gebruik gesignaleerd bij sommige groepen probleemjongeren, bij wie dit eerder werd gezien als experimenteren.
- In de Trendwatch monitor van 2006/2007 worden GHB-verslaafden beschreven die om de vier uur een dopje GHB nemen (2-2,5 gram opgelost in 5 ml water). Bij recreatieve gebruikers lijkt het gebruik zich te beperken tot het weekend (Nabben et al., 2007b).
- In 2008/2009 is het middelengebruik onderzocht onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde party's en festivals (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
  - Voor GHB werden percentages gevonden van veertien procent ooitgebruik en vijf procent actueel gebruik.
  - Tijdens de uitgaansavond zelf had drie procent van alle bezoekers GHB gebruikt, maar dit aandeel varieerde sterk tussen party's (range: 0 tot 20%).
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen, Drenthe), Oost (Overijssel, Gelderland), Midden (Flevoland, Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg).
  - Het percentage clubbezoekers dat ervaring had met GHB varieerde van 8,4 procent in de regio West tot 3,9 procent in de regio Noord.

- Het percentage actuele GHB-gebruikers varieerde van 2,2 procent in de regio West tot 1,1 procent in de regio Zuid.
- Op basis van deze regionale gegevens zal ook een landelijke schatting van het middelengebruik onder clubbezoekers worden gemaakt. Deze gegevens zijn voor dit jaarbericht nog niet beschikbaar, maar zullen in de eindrapportage van het uitgaansonderzoek worden opgenomen.

Het gebruik van GHB komt ook voor onder jongeren in de jeugdzorg, vaker dan onder leeftijdgenoten in het reguliere onderwijs.

- Het ooitgebruik van GHB varieert onder jongeren in de jeugdzorg van twee procent onder de twaalf- en dertienjarigen tot zeven procent onder de zestienjarigen (tabel 6.2) (Monshouwer et al., 2008).
- Het percentage jongeren in de jeugdzorg dat ervaring heeft met GHB is vergelijkbaar met dat onder scholieren van het speciaal onderwijs (zie tabel 6.1 en 6.2).

**Tabel 6.2 Gebruik van GHB in speciale groepen**

Speciale groep	Locatie	Jaar	Leeftijd (jaar)	Gebruik (%)	
				Ooit	Actueel
<b>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</b>					
- Cafébezoekers	Amsterdam <sup>1</sup>	2005	Gem. 27	10,0%	1,5%
- Coffeeshopbezoekers	Nijmegen	2005/2006	Gem. 27	9%	2%
- Discotheekbezoekers	Duits-Nederlandse grensstreek <sup>1</sup>	2005/2006	Gem. 21	2,5%	1%
- Cafébezoekers	Zaandam	2006	12 – 44 (gem. 21) 12 – 17 18 – 24 25 – 44	6,0%	2,2% 4,0% 1,6% 2,1%
- Bezoekers van clubs en discotheken	Amsterdam	2008	Gem. 25	15,7%	4,7%
- Bezoekers van party's en festivals	Landelijk <sup>1</sup>	2008/2009	Gem. 24	14,3%	4,6%
<i>Probleemjongeren</i>					
- Jongeren in de jeugdzorg	Landelijk	2007	12 – 13 14 – 15 16	2,0% 6,0% 7,0%	

Percentage gebruikers ooit in het leven en actueel (laatste maand). Verschillende groepen zijn onderzocht met hun corresponderende leeftijdscategorieën. 1. Geringe respons. Bronnen: Antenne; Tendens, Iriszorg; Trendwatch; Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut; Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam; EXPLORE, Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

## 6.4 Problematisch gebruik

Precieze cijfers over het totale aantal probleemgebruikers van GHB ontbreken. Wel suggereren sommige bronnen dat dit aantal stijgende is. Het gaat dan zowel om acute problemen als verslavingsproblematiek.

Zelfs bij personen die slechts gedurende een korte periode, van bijvoorbeeld enkele weken, frequent GHB hebben gebruikt kan zich afhankelijkheid ontwikkelen. Abrupt stoppen met GHB leidt tot een onthoudingssyndroom met symptomen als overvloedig zweten, plotselinge angstaanvallen en tachycardie (Van Noorden et al., 2009). Deze symptomen beginnen doorgaans binnen een aantal uren na de laatste inname. Bij de behandeling van dit onthoudingssyndroom kan farmacotherapeutisch ingrijpen noodzakelijk zijn.

Internationaal zijn er vele studies verricht naar afhankelijkheid van GHB en onthoudingsverschijnselen (Gonzales en Nutt, 2005).

- De prevalentiecijfers lopen behoorlijk uiteen: 21 procent van een steekproef GHB-gebruikers in de Verenigde Staten bleek afhankelijk te zijn van het middel, tegenover 4 procent van een steekproef GHB-gebruikers in Australië.
- Alle onderzoeken geven echter aan dat met name dagelijks gebruik van GHB (met om de 1-3 uur overdag een dosis) de kans op afhankelijkheid vergroot.

Cijfers over het aantal GHB verslaafden in Nederland ontbreken.

- Uit kwalitatief onderzoek in Nederland in 2006/2007 kwam naar voren dat er voor het eerst GHB-verslaafden in het uitgaansnetwerk gesignaleerd werden. Dit zijn vooral dagelijkse gebruikers (Nabben et al., 2007a).
- De instellingen voor verslavingszorg door heel Nederland melden met een schatting van enkele honderden GHB-cliënten een forse toename in 2008, maar precieze cijfers ontbreken (Trimbosbericht) (zie § 6.6).

Ook het aantal acute incidenten lijkt toe te nemen (zie § 6.6). Diverse organisaties op het gebied van uitgaan en verslaving signaleerden een verandering in houding van bepaalde groepen jongeren ten opzichte van GHB-gebruik. Het gebruik lijkt normaler te worden gevonden. GHB wordt steeds vaker gezien als een goedkoop alternatief voor alcohol en andere drugs. *Out gaan* (comateuze toestand) wordt door deze groepen jongeren vaak gezien als een onschuldig bij-effect van GHB.

## 6.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

Net als in het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar drugsgebruik, is er weinig bekend over het GHB gebruik onder de algemene bevolking in andere landen.

- Het enige land buiten de Europese Unie dat beschikt over (recente) cijfers van GHB-gebruik is Australië. Van de Australische bevolking vanaf 14 jaar rapporteerde 0,5 procent ooit GHB te hebben gebruikt; 0,1 procent had dit recent nog gedaan. De piek van gebruik lag tussen de 20 en 29 jaar (Degenhardt en Dunn, 2008).

### Jongeren

In de ESPAD-peilingen onder vijftien- en zestienjarige scholieren in Europa werd in 2007 gevraagd naar het ooitgebruik van GHB. De cijfers uit dit onderzoek zijn internationaal beter vergelijkbaar dan de cijfers uit onderzoeken onder de algemene bevolking (Hibell et al., 2009).

- Het gebruik van GHB onder scholieren is laag. In de meeste lidstaten, inclusief Nederland, heeft niet meer dan 1 procent van de scholieren van 15-16 jaar ervaring met GHB, met uitzondering van Oostenrijk, Italië, Duitsland en Denemarken (2%).

Gebruik van GHB lijkt wel vaker voor te komen onder bezoekers van clubs en dansfeesten.

- Er zijn geen internationaal vergelijkbare studies. Resultaten van overwegend lokale enquêtes gehouden onder bezoekers van dansfeesten, laten percentages ooitgebruikers van GHB zien variërend van 17,4 procent in Nederland (Amsterdam) en 13 procent in België, tot 6,7 procent in Tsjechië, 5,9 procent in Hongarije en 5,8 procent voor het Verenigd Koninkrijk. Het gaat hier echter om methodologisch uiteenlopende studies en verschillen tussen landen moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd (EMCDDA, 2009).
- Het ooitgebruik van GHB onder clubbezoekers (gemiddelde leeftijd 24 jaar) in New York city in 2005/2006 was 22 procent (Parsons et al., 2009). Recent gebruik (in de laatste vier maanden) van GHB kwam voor onder vijf procent van de clubbezoekers.
- Onder regelmatige ecstasygebruikers in Australië (gemiddelde leeftijd 24 jaar) nam het ooitgebruik van GHB toe van 5 procent in 2000 naar 40 procent in 2006. Het percentage gebruikers in de zes maanden voor het interview steeg in deze periode van 1 procent naar 21 procent (Dunn et al., 2009). Het aantal gebruiksdagen varieerde in het afgelopen half jaar in 2006 van 1 tot 40 ml (mediaan 3 ml). Op 'typische' gebruiksdagen werd 0,25 tot 20 ml GHB geconsumeerd (mediaan 3,5 ml) en op 'zwaar gebruiksdagen' werd 0,25 tot 40 ml gebruikt (mediaan 6 ml).

## 6.6 Hulpvraag

### Verslavingszorg

Diverse instellingen voor verslavingszorg en preventie in het land signaleren in 2008/2009 een toename van het aantal hulpvragen met betrekking tot GHB (Trimbos-instituut, 2009a). Landelijke cijfers zijn nog niet volledig. GHB wordt in het LADIS pas vanaf 2008 als apart middel geregistreerd. Volgens de nog onvolledige gegevens werden in 2008 in het LADIS 145 primaire GHB-cliënten geregistreerd. Voor 49 cliënten was GHB het secundaire middel (IVZ, 2009).

- Verslavingszorg Noord Nederland rapporteerde voor de regio's Groningen, Friesland en Drenthe 62 GHB cliënten in 2008, ten opzichte van 22 in 2007.
- De regio Gelderland signaleert een toename van GHB-gebruik, maar zelden als primaire problematiek onder cliënten. Er zijn nu ongeveer 20 mensen in behandeling ten opzichte van slechts 2 in 2004.
- Verslavingszorg in Brabant registreerde in de tweede helft van 2008 zo'n 50 hulpvragen in verband met GHB-afhankelijkheid. Dit aantal is toegenomen naar zo'n 80 mensen in behandeling in 2009.
- Ook veel andere regio's in Nederland signaleren een toename bij de instellingen van de hulpvraag, hierover zijn echter nog geen concrete cijfers gemeld.

#### ***Leeftijd en geslacht***

- Uit de cijfers van Verslavingszorg Noord Nederland blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de gebruikers 27 jaar was en iets meer dan de helft was man (Quo Fadis, 2009).
- In de regio Gelderland lijkt het voornamelijk jongeren te betreffen, geslacht ongespecificeerd, van tussen de 16 en 24 jaar (De Jong et al., 2008).

#### **Algemene ziekenhuizen: incidenten**

In het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of automutilatie zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling (Valkenberg, 2009).

- Het LIS signaleerde een forse stijging van het aantal ongevallen na gebruik van GHB op de SEH van ziekenhuizen in de periode 2003-2008. Het jaarlijks aantal is in deze periode verviervoudigd tot rond de 980 slachtoffers in 2008<sup>3</sup>. Dit komt overeen met 19 slachtoffers per week.
- Bij 36 procent van de behandelde slachtoffers is bekend dat ze naast GHB ook alcohol gebruikt hebben.
- Ruim 40 procent van de behandelde slachtoffers was er zo slecht aan toe dat een ziekenhuisopname nodig was. De helft hiervan is zelfs meteen naar de intensive care verwezen.
- Ongeveer 3 procent van de behandelde slachtoffers denkt slachtoffer te zijn geweest van een ongemerkte toediening van de drug door een ander.
- Ongeveer 65 procent van de behandelingen heeft in het weekend plaatsgevonden.
- Van de mensen die van 2003 tot 2007 op de SEH-afdeling zijn behandeld is 67 procent een man (tabel 6.3). Ruim de helft (53%) is tussen 20 en 29 jaar, 24 procent is tussen 30 en 39 jaar, en 15 procent behoort tot leeftijdsgroep 15 tot en met 19 jaar.

---

3 De landelijke schatting is gebaseerd op 105 geregistreerde cases in 2008 in het Letsel Informatie Systeem.

**Tabel 6.3 GHB ongevallen onderverdeeld naar leeftijd en geslacht. Gegevens zijn gemiddeld over 2003-2007**

Leeftijd (jaar)	Mannen	Vrouwen
0-14	-	2%
15-25	42%	55%
25-54	57%	41%
Onbekend	1%	2%
Naar geslacht	67%	33%

Bron: Letsel Informatie Systeem 2003-2007, Consument en Veiligheid.

De GGD houdt op de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp wegens druggebruik.

- Tussen 2001 en 2008 is het aantal incidenten waarbij GHB een rol speelde bijna verdubbeld (tabel 6.4).
- In de helft van de gevallen was er transport naar het ziekenhuis nodig. De rest was ter plekke te behandelen.

**Tabel 6.4 GHB incidenten geregistreerd door de GGD Amsterdam, vanaf 2001**

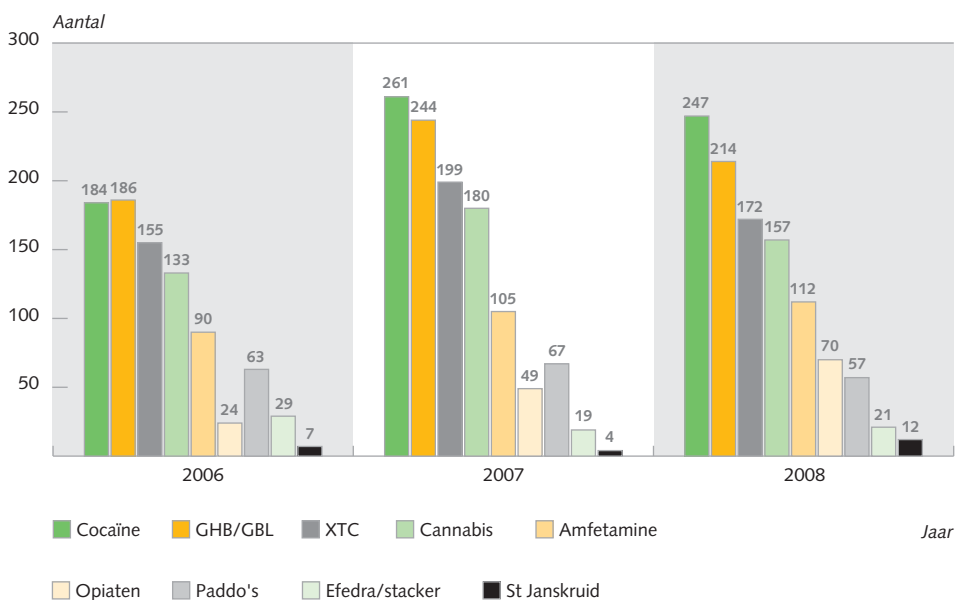
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 1 <sup>e</sup> helft
GHB	69	67	74	98	76	110	110	128	60

Aantal incidenten per jaar. Bron: GGD Amsterdam.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) rapporteerde in 2007 en 2008 GHB, ná cocaïne, als tweede drug waarover de meeste vragen werden gesteld (figuur 6.1) (Van Velzen et al., 2009).



**Figuur 6.1 Informatieverzoeken<sup>1</sup> vanwege drugsgebruik bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum, vanaf 2006**



Aantal informatieverzoeken voor personen van 13 jaar en ouder. I. In 2006 werden alleen telefonische informatieverzoeken meegeteld. In 2007 en 2008 werden zowel telefonische informatieverzoeken als informatieverzoeken via de website meegeteld, aangezien de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) in 2007 werd gelanceerd. Bron: NVIC, RIVM.

## 6.7 Ziekte en sterfte

- De dosis-effect relatie van GHB is zeer steil en het verschil in dosis tussen een 'gewenst' en een 'ongewenst' effect is zeer klein. De kans op overdosering is daarom groot. Een overdosis GHB is gevaarlijk, omdat de mogelijkheid bestaat dat de ademhaling wordt onderdrukt en de gebruiker bewusteloos of zelfs in coma kan raken (Moser en Purssell, 2000). De gevolgen van deze toestand kunnen variëren van een milde ademhalingsverstoring tot ademstilstand. De risico's hierop zijn groter als GHB wordt gebruikt in combinatie met alcohol of andere dempende stoffen zoals benzodiazepines.
- Tolerantie na frequent gebruik kan er toe leiden dat gebruikers steeds meer consumeren om hetzelfde effect te bereiken. Er komen dan vaker symptomen voor zoals misselijkheid, braken, agressief gedrag, duizeligheid, bradycardie en hypothermie. Bij hogere doseringen overheerst een algemeen ziektegevoel (Van Sassenbroeck et al., 2007).

- Er zijn diverse stoffen uitgetest (Kohrs et al., 2004; Zvosec et al., 2007) om de verschijnselen van een GHB overdosering te bestrijden, maar zonder succes. Een specifiek antidotum is er niet. De acute behandeling bestaat meestal uit het vrijmaken van de luchtwegen en het bewaken van de vitale functies.

Doodsoorzaken door gebruik van GHB zijn lastig vast te stellen. GHB wordt snel afgebroken in het lichaam en is daardoor slechts kort aantoonbaar in bloed of urine (Jones et al., 2009). Afgezien daarvan zegt de aanwezigheid van GHB niet alles, omdat er grote verschillen in tolerantie kunnen zijn. Ook kan GHB na het overlijden in het lichaam zelf worden gevormd, waardoor de bijdrage van GHB gebruik aan de doodsoorzaak moeilijk kan zijn. Een andere complicerende factor is dat de Doodsoorzakenstatistiek geen specifieke code kent waarmee GHB-sterfgevallen kunnen worden geregistreerd.

- In 2008 stond GHB op vier doodsoorzakenformulieren van het CBS gemeld. Onbekend is of GHB bij deze gevallen de oorzaak of een bijdragende factor was bij het overlijden.
- Vanaf 2006 tot medio 2009 zijn in Amsterdam in totaal vijf sterfgevallen bekend waarbij een GHB intoxicatie de vermoedelijke doodsoorzaak was. In drie gevallen ging het om suïcide.
- Het Nederlands Forensisch Instituut rapporteerde voor 2007 geen fatale gevallen waarbij GHB gebruik de primaire doodsoorzaak was. In 2008 was GHB de primaire doodsoorzaak bij één sterfgeval, ook al werd er tevens ecstasy (MDMA) aangetroffen. In 2009 (tot en met oktober) zijn vier gevallen bekend waarbij GHB vermoedelijk de primaire doodsoorzaak was. In alle gevallen was hierbij ook alcohol in het spel en in één geval ook andere stoffen. Eén sterfgeval betrof waarschijnlijk suïcide.

## 6.8 Aanbod en markt

### Samenstelling van GHB

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) monitort de markt van illegale drugs. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de analyse van stoffen die aanwezig zijn in drugsmonsters die consumenten bij instellingen voor verslavingszorg inleveren. Een deel van deze monsters wordt herkend bij de instelling zelf. Monsters worden doorgestuurd naar het laboratorium voor chemische analyse.

- In 2008 werden 214 vloeistoffen ingeleverd die als GHB werden aangekocht (DIMS jaarrapportage 2008).
- Van de als GHB verkochte vloeistoffen bevatte 97 procent daadwerkelijk GHB. De concentratie GHB was gemiddeld 44 procent (gewichtspcenten). Het minimum aan opgeloste GHB in vloeistoffen bedroeg 40 procent en het maximum rond de 55 procent. In 2007 was het gemiddelde percentage 42 procent.
- Opvallend is in 2008 het voorkomen van GHB in poedervorm. In 2007 werden er geen poeders aangetroffen met GHB. Negen poeders, gekocht als GHB, bevatten daadwerkelijk GHB met een gemiddeld gehalte van 47 procent.

## **Prijzen**

De landelijke Trendwatch-monitor en het DIMS-project geven een indicatie van de prijs die een consument betaalt voor een enkele dosis GHB, dan wel een liter van dit middel.

- Uitgaande jongeren en jonge volwassenen die in 2006/2007 GHB hadden gekocht betaalden volgens sleutelfiguren in het uitgaansleven doorgaans 10 euro per 5 ml. Literprijzen varieerden van 150 tot 260 euro (Nabben et al., 2007a).
- In 2008 betaalden consumenten die bij het DIMS hun GHB lieten testen ongeveer 6 euro per 5 ml. De prijs voor een liter kwam ongeveer neer op 180 euro (Van Dijk, 2009).



## 7 Alcohol

Alcohol ontstaat uit het vergisten van granen en vruchten. Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn of gedistilleerd. Een glas bier, een glas wijn en een borrel gedistilleerde drank bevatten ongeveer evenveel alcohol. Dat komt omdat de grootte van het glas kleiner wordt naarmate het alcoholpercentage van de drank hoger is.

In sociale situaties ervaren consumenten alcohol als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. In minder sociale situaties kan alcohol een agressieve stemming versterken. Overmatig gebruik (ook indien incidenteel) kan leiden tot ongevallen, op het werk, thuis en in het verkeer. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bovenmatig gebruik van alcohol kan leiden tot verschillende ziektes, vooral leverziekten, hart- en vaatziekten, kanker, hersenschade en psychische ziektes.

### 7.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over alcohol in dit hoofdstuk zijn:

- Volgens verkoopcijfers blijft de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking al jaren stabiel. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat wel eens alcohol drinkt (§ 7.2).
- Daarentegen is het percentage zware drinkers onder Nederlanders van 12 jaar en ouder tussen 2001 en 2008 licht gedaald (§ 7.4).
- Het alcoholgebruik (ooit, actueel, binge drinken) onder scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs is tussen 2003 en 2007 afgenomen. Deze daling deed zich alleen voor in de jongere leeftijdsgroepen van 12-14 jaar; onder 15-18 jarige scholieren bleef het gebruik stabiel (§ 7.3).
- Scholieren van het speciaal onderwijs verschillen niet van leeftijdgenoten van het reguliere onderwijs op de maat ooit en actueel alcoholgebruik, maar binge drinken komt onder deze jongeren meer voor (§ 7.3).
- Vergeleken met Europese scholieren behoren Nederlandse scholieren in 2007 nog steeds tot de zwaarste drinkers, dit ondanks een daling in het (frequent) alcoholgebruik (§ 7.5).
- Ondanks een wettelijk verbod kunnen jongeren onder de zestien jaar nog steeds gemakkelijk alcoholhoudende dranken krijgen, maar het percentage dat daadwerkelijk alcoholhoudende dranken bestelde of kocht is de afgelopen jaren gedaald (§ 7.8).
- Het aantal alcoholcliënten bij de (ambulante) verslavingszorg is tussen 2006 en 2008 verder toegenomen (§ 7.6).
- Ook het aantal opnames in algemene ziekenhuizen waarbij een aan alcohol gerelateerde aandoening een rol speelt is tussen 2006 en 2007 en tussen 2007

en 2008 gestegen. Onder jongeren van 16 jaar en jonger was de toename tussen 2006 en 2007 het grootst (§ 7.6).

- De totale sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen (primaire en secundaire doodsoorzaken samen) is tussen 2004 en 2008 stabiel gebleven (§ 7.7).

## 7.2 Gebruik: algemene bevolking

Alcoholgebruik is wijd verbreid in de Nederlandse samenleving.

- Volgens het Nationaal Prevalentie Onderzoek is het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat het afgelopen jaar alcohol heeft gedronken licht gedaald van 87 procent in 1997 naar 85 procent in 2001 (Rodenburg et al., 2007). Deze daling vond vooral plaats onder vrouwen en onder respondenten in de leeftijdsgroep van 25-44 jaar.
- Tussen 2001 en 2005 bleef het percentage recente drinkers stabiel op 85 procent.
- Het aantal Nederlanders dat in de afgelopen maand alcohol had gedronken bleef over de jaren heen stabiel rond de 78 procent.
- Het percentage drinkers dat in het afgelopen half jaar wel eens zes of meer glazen alcohol op één dag heeft gedronken ('binge drinken') daalde van 40 procent in 2001 naar 35 procent in 2005. Deze afname vond plaats onder zowel mannen als vrouwen en met name onder respondenten van 15 tot en met 24 jaar.
- De startleeftijd is de leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt (zie ook bijlage A: startleeftijd). Onder de recente gebruikers van alcohol lag in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar de startleeftijd op gemiddeld 14,6 jaar. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar lag de startleeftijd op gemiddeld 16,5 jaar.

Volgens een peiling van het CBS uit 2008 drinken ongeveer vier op de vijf personen (81%) van 12 jaar en ouder 'wel eens alcohol'. In 2001 was dit 82 procent. Het percentage drinkers is al jaren vrij stabiel (CBS, 2009c).

Verkoopcijfers geven een indicatie van de hoeveelheid alcohol die jaarlijks per hoofd van de bevolking wordt geconsumeerd (tabel 7.1) (Productschap Dranken, 2008b; Productschap Wijn, 2009).

- De consumptie van alcohol was in Nederland het grootst in de tweede helft van de jaren zeventig en in de jaren tachtig. Daarna volgde een lichte daling, die zich vanaf het begin van de jaren negentig niet heeft doorgezet.
- Per hoofd van de bevolking werd in 2006 7,9 liter pure alcohol geconsumeerd, evenveel als in 2005.
- De consumptie van gedistilleerd en bier bleef gelijk in 2006 en de consumptie van wijn nam iets toe van 21,3 liter in 2005 naar 21,5 liter in 2006.
- De afzet van premixen was na een sterke daling in 2003 (met een derde ten opzichte van 2002) gestabiliseerd in 2004. In 2005 was echter opnieuw sprake van een sterke daling (met 31 procent ten opzichte van 2004). Deze daling zet zich voort in 2006

(19% vermindering). Hiermee is de consumptie van premixen sinds 2002 in totaal met tweederde gedaald tot 114 746 hectoliter.

- Tegenover deze dalende trend staat een stijging in de verkoop van likorettes (op likeur lijkende producten die een lager alcoholgehalte hebben dan 15 procent). De verkoop van likorettes steeg van 36 812 hectoliter in 2005 naar 42 442 hectoliter in 2006, een toename van 15 procent.
- Per persoon dronken we in 2006 78 liter bier, 22 liter wijn en vier liter gedistilleerd.

Tabel 7.1 Bier, wijn en gedistilleerd per hoofd van de hele bevolking (in liters pure alcohol), vanaf 1960

Jaar	Bier	Wijn	Gedistilleerd	Totaal
1960	1,2	0,2	1,1	2,6
1965	1,9	0,5	1,9	4,2
1970	2,9	0,8	2,0	5,7
1975	4,0	1,5	3,4	8,9
1980	4,8	1,4	2,7	8,9
1985	4,2	2,0	2,2	8,5
1990	4,1	1,9	2,0	8,1
1995	4,1	2,2	1,7	8,0
2000	4,1	2,3	1,7	8,2
2001	4,0	2,3	1,7	8,1
2002	4,0	2,3	1,7	8,0
2003	4,0	2,5	1,5	7,9
2004	3,9	2,6	1,4	7,9
2005	3,9	2,7	1,3	7,9
2006	3,9	2,8	1,3	7,9

Bron: Productschap Dranken; Productschap Wijn.

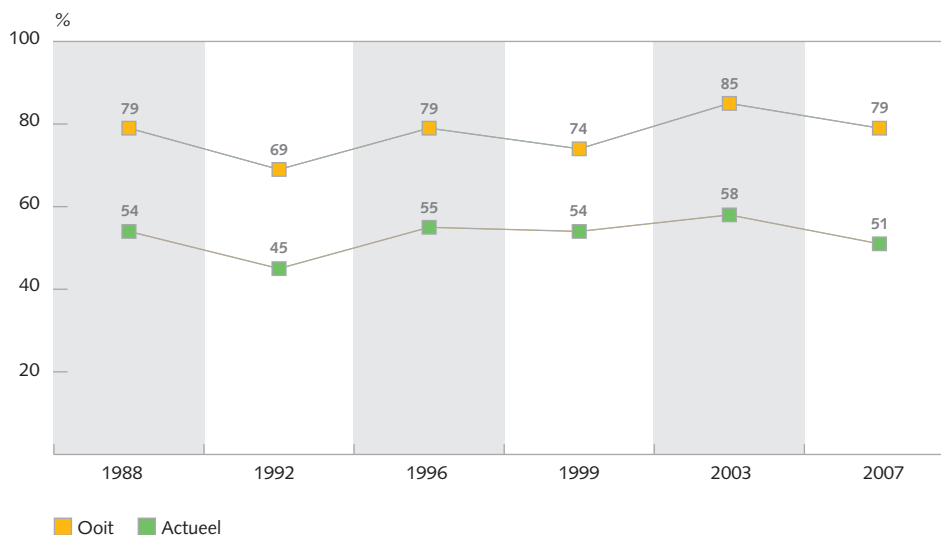
## 7.3 Gebruik: jongeren

### Scholieren

Het Trimbos-instituut peilt sinds het midden van de jaren tachtig in hoeverre leerlingen van twaalf tot en met achttien jaar op reguliere middelbare scholen ervaring hebben met alcohol, tabak, drugs en gokken. Dit gebeurt in het landelijke Peilstationsonderzoek scholieren (Monshouwer et al., 2008). De laatste peiling werd in 2007 verricht.

- In 2007 had 79 procent van de leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen ervaring met alcohol. Dat was minder dan in 2003, toen nog 85 procent ervaring had met alcohol. Dit percentage schommelde echter wel over de afgelopen vijftien jaar (figuur 7.1).
- In 2007 had 51 procent van de ondervraagde leerlingen in de maand voor de peiling alcohol gedronken, minder dan in 2003.

Figuur 7.1 Gebruik van alcohol onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988



Percentage drinkers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel).

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

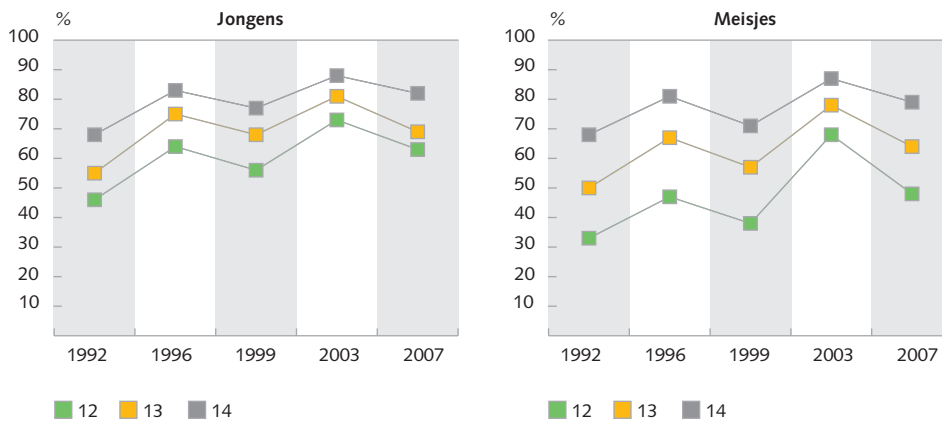
### Leeftijd en geslacht

- De daling in het ooitgebruik en actueel gebruik van alcohol tussen 2003 en 2007 deed zich alleen voor onder jongeren van 12 tot en met 14 jaar (zie figuur 7.2, ter illustratie van de trend in het ooitgebruik). Zo was in 2007 32 procent van de scholieren in deze leeftijdsgroep een actuele drinker, tegenover 47 procent in 2003. Onder 15-18 jarigen bleef het gebruik stabiel (76% in 2003 en 75% in 2007) (Monshouwer et al., 2008).
- In 2007 had op twaalfjarige leeftijd ruim de helft van de scholieren (56%) al eens een glas alcohol gedronken, op vijftienjarige leeftijd was dit 89 procent.
- In 2007 hadden ongeveer evenveel meisjes (77%) als jongens (81%) ooit alcohol gedronken. Ook hadden ongeveer evenveel meisjes (49%) als jongens (52%) in de afgelopen maand nog alcohol gebruikt. Wel waren er verschillen in het drinkpatroon. Jongens dronken frequenter alcohol dan meisjes. Ook dronken zij grotere hoeveelheden dan meisjes. Dit alles was met name het geval bij oudere jongens:
  - Van de zestienjarige jongens die de afgelopen maand hadden gedronken, had 23 procent dit in deze maand vaker dan tien keer gedaan, tegenover tien procent van de meisjes.
  - Van deze zestienjarige drinkende jongens dronk 23 procent op een weekenddag gemiddeld meer dan twintig glazen. Bij de meisjes was dit zes procent.
- Er zijn ook verschillen tussen jongens en meisjes in voorkeursdrank. Bier is de meest populaire drank onder jongens (45% drinkt wekelijks bier), voor meisjes zijn dit breezers



(17% wekelijkse consumenten). Wél is de populariteit van breezers onder zowel jongens als meisjes tussen 2003 en 2007 gedaald. In 2007 dronk nog 29 procent van de scholieren van 12-18 jaar wekelijks breezers tegenover 16 procent in 2003.

**Figuur 7.2 Trends in het oitgebruik van alcohol in het voortgezet onderwijs naar leeftijd en geslacht, vanaf 1992**



Percentage drinkers ooit in het leven. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### “Binge drinken”

- Ruim een op de drie (36%) scholieren van het voortgezet onderwijs heeft in de afgelopen vier weken wel eens vijf glazen of meer alcohol bij één gelegenheid heeft gedronken ('binge drinken'), ongeveer evenveel meisjes als jongens.
- Het percentage 'binge drinkers' daalde tussen 2003 en 2007 onder 12-14 jarige scholieren (28% in 2003 versus 19% in 2007). Onder 15-18 jarige scholieren bleef het percentage binge drinkers in deze periode stabiel (56% in 2003 en 57% in 2007).
- Onder de scholieren die drinken bleef het percentage binge drinkers echter in alle leeftijdsgroepen stabiel. In 2007 en 2003 betrof het respectievelijk 68 en 66% van de 12-18 jarige actuele drinkers.
- Volgens cijfers van het NPO is het binge drinken in de leeftijdsgroep 15-24 jaar tussen 2001 en 2005 afgenomen, van 53 procent naar 40 procent. Het betreft in deze studie mensen die in het afgelopen half jaar wel eens zes of meer glazen alcohol op één dag hebben gedronken. Dit is een andere definitie dan in de Peilstationsonderzoeken; de cijfers zijn daarmee niet onderling te vergelijken (Rodenburg et al., 2005).

### Etnische afkomst

- Onder leerlingen van Marokkaanse en Turkse herkomst in het voortgezet onderwijs ligt het actuele alcoholgebruik beduidend lager dan onder autochtone leerlingen (respectievelijk 8% en 19% versus 54%). Leerlingen van Surinaamse en Antilliaans/Arubaanse herkomst nemen een tussenpositie in (39% en 38%) (Monshouwer et al., 2008).

- De hoeveelheid die per keer gedronken wordt verschilt echter niet tussen etnische groeperingen (Monshouwer et al., 2002).

### **Alcohol en probleemgedrag**

- Leerlingen van 12-16 jaar die wekelijks drinken vertonen meer delinquent en agressief gedrag dan jongeren die niet wekelijks drinken. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes, maar het verband is sterker bij de jongere leeftijdsgroepen (Verdurmen et al., 2005a).
- Onder jongeren van 12 en 13 jaar hangt wekelijks alcoholgebruik ook samen met somatische klachten en angst- en depressieve klachten.

### **Ouders**

Ouders hebben een belangrijke rol in de alcoholopvoeding van hun kind.

- Diverse studies hebben uitgewezen dat vooral het stellen van regels (geen alcohol drinken) beginnend alcoholgebruik uit kan stellen en de kans op probleemdrinken verlaagt (Van der Vorst, 2007; Vet en Van den Eijnden, 2007).
- Met het stijgen van de leeftijd wordt een deel van de ouders echter snel toleranter.
  - Rond een kwart van de ouders van jongeren van 12 tot en met 16 jaar vindt het goed als er thuis één glas alcohol wordt gedronken.
  - Tegen de leeftijd van 16 jaar zegt ruim de helft thuis te mogen drinken (Van Dorselaer et al., 2007).

Het Peilstationsonderzoek Ouders geeft meer inzicht in de kennis en de opvattingen van ouders over het middelengebruik van hun kind. Ook geeft dit onderzoek meer inzicht in de maatregelen die ouders in de opvoeding treffen om riskant middelengebruik van hun kind te voorkomen (Verdurmen et al., 2008).

- In 2007 konden ouders met kinderen in het voortgezet onderwijs goed inschatten of hun kind wel eens alcohol had gedronken. Ouders onderschatten echter de hoeveelheid alcohol die hun kind drinkt. Het kind drinkt gemiddeld drie keer zoveel glazen alcohol in het weekend als de ouder denkt.
- Het aantal glazen alcohol dat scholieren in het weekend drinken hangt samen met het drankgebruik van hun ouders. Als de ouders meer drinken, dan drinken de kinderen ook meer.
- Bijna alle ouders denken dat het schadelijk is voor een kind onder de zestien om iedere dag een of twee drankjes met alcohol te drinken (95%), of om ieder weekend vijf glazen of meer te drinken (96%).
- Ruim de helft van de ouders (55%) denkt dat het schadelijk is om onder de zestien elk weekend een of twee drankjes met alcohol te drinken en bijna de helft denkt van niet (45%).
- Een kwart van de ouders zegt een "niet drinken afspraak" te hebben met hun kind. In de meeste gevallen is het een afspraak om niet te drinken tot 16 jaar.
- Het aantal ouders dat vindt dat hun kind in verschillende situaties zeker geen alcohol mag drinken is in 2007 groter dan in 2006.

## Speciaal onderwijs

- Tabel 7.2 toont de percentages alcoholgebruik voor leerlingen van het speciaal onderwijs in vergelijking met leerlingen van het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009). Het percentage leerlingen dat ooit of in de laatste maand alcohol heeft gebruikt ligt in het speciaal onderwijs niet hoger. Integendeel, in het regulier onderwijs liggen deze percentages doorgaans hoger.

Tabel 7.2 Alcoholgebruik onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep

Schooltype	Ooitgebruik			Actueel gebruik		
	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal						
REC-4 <sup>I</sup>	62%	77%	84%	24%	45%	65%
Pro <sup>II</sup>	51%	64%	74%	19%	39%	55%
Lwoo <sup>III</sup>	57%	76%	79%	25%	46%	61%
Regulier	62%	85%	92%	21%	56%	77%

Percentage gebruikers ooit en actueel (laatste maand). Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht.

- Tabel 7.3 toont voor leerlingen van het speciaal onderwijs, in vergelijking met leerlingen van het regulier onderwijs, het percentage van de actuele drinkers dat in de afgelopen maand dronken is geweest en het percentage actuele drinkers dat in de afgelopen maand vijf of meer glazen in één keer heeft gedronken (Kepper et al., 2009).
- Vergeleken met het reguliere onderwijs komt dronkenschap onder de actuele drinkers vaker voor onder de 12- en 13-jarigen van het pro en de 14-, 15- en 16-jarigen van het REC-4. Het drinken van vijf of meer glazen alcohol per keer, het zogenaamde "binge drinken", komt onder de actuele drinkers vaker voor in zowel het REC-4, het pro, als het lwoo. Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).

Tabel 7.3 Percentage van de actuele drinkers dat in de afgelopen maand dronken is geweest of per keer vijf of meer glazen heeft gedronken onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep

Schooltype	Dronken geweest			Vijf of meer glazen per keer (binge drinken)		
	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal						
REC-4	28%	49%	71%	72%	89%	89%
pro	31%	39%	45%	76%	91%	92%
Iwoo	22%	41%	46%	76%	87%	80%
Regulier	17%	41%	53%	50%	66%	76%

Percentage van de actuele drinkers (laatste maand). Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. Bronnen: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht.

### Speciale groepen jongeren

In bepaalde groepen jongeren en jongvolwassenen komt alcoholgebruik mogelijk vaker voor. Hieronder wordt het alcoholgebruik onder uitgaande jongeren, vakantiegangers en probleemjongeren besproken.

#### *Uitgaande jongeren en jongvolwassenen*

- Veel jongeren en jongvolwassenen drinken tijdens het uitgaan. Tabel 7.4 vat de resultaten samen van een aantal studies onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. De cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Bovendien zijn de responspercentages in onderzoek onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen vaak laag, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden. In 2005 dronk een vijfde van de uitgaande jongeren van dertien jaar tijdens het stappen alcoholhoudende dranken, bijna tweederde van de veertien- en vijftienjarigen en bijna negen van de tien zestien- en zeventienjarigen. Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2003 (Bieleman et al., 2006).
- In 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
  - Negen op de tien (91%) bezoekers was een actuele drinker.
  - Acht op de tien (80%) bezoekers had in de afgelopen maand vijf of meer drankjes geconsumeerd bij minstens één gelegenheid (binge drinken).
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen, Drenthe), Oost (Overijssel, Gelderland), Midden (Flevoland, Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg).

- Het percentage actuele alcoholgebruikers was het hoogst in de regio Oost (94%), gevolgd door de regio's Zuid (93%), Noord en West (91%) en Midden (90%), maar deze verschillen waren niet statistisch significant. Het percentage actueel binge drinken lag het hoogst in de regio Noord (88%), gevolgd door de regio's Zuid (87%), West (86%) en Midden (82%), maar deze verschillen waren eveneens niet statistisch significant.
- Op basis van deze regionale gegevens zal ook een landelijke schatting van het middelengebruik onder clubbezoekers worden gemaakt. Deze gegevens zijn voor dit jaarbericht nog niet beschikbaar, maar zullen in de eindrapportage van het uitgaansonderzoek worden opgenomen.
- Het alcoholgebruik ligt onder fans van Hiphop/Rap/R&B lager dan onder de fans van Pop/Rock of Dance/House/Techno. Dit hangt mogelijk samen met de voorkeur van Marokkanen voor deze muzieksoort. Alcoholgebruik komt minder vaak voor onder Marokkanen (Van Gelder et al., 2003).
- In Amsterdam drinkt bijna een derde van zowel de coffeeshopbezoekers als de bezoekers van trendy clubs dagelijks alcohol of een paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer. Van de cafébezoekers drinkt de helft een paar keer per week alcohol en zeven procent dagelijks. Het percentage cafébezoekers dat dagelijks alcohol drinkt lijkt sinds 2000 gelijk gebleven (Benschop et al., 2009).
- Jonge mannelijke vakantiegangers op Schouwen-Duiveland dronken in 2002 gemiddeld 24 en in 2004 gemiddeld 25 glazen alcohol per vakantiedag (Van de Luitgaarden et al., 2010).
- Het percentage binge drinkers (6 of meer glazen) onder uitgaande jongeren varieert in verschillende studies tussen de 49 en 80 procent.

### ***Indrinken***

Volgens observaties van sleutelfiguren in het uitgaansleven wordt er de afgelopen jaren steeds vaker "ingedronken" (Nabben et al., 2005). Dit *indrinken* kan thuis, op straat, in een keet of bij vrienden gebeuren, maar steeds meer ook in de horeca zelf (door middel van prijsacties). Over het algemeen lijken het vooral jeugdigen te zijn die voor het stappen gaan indrinken om kosten te besparen.

- Een onderzoek in 2005 onder uitgaande jongeren (13-17 jaar) laat zien dat de helft van degenen die alcohol drinken dit wel eens doet vóór het uitgaan. Dit gebeurt vooral thuis (61%) of bij vrienden (65%) (Bieleman et al., 2006). Per leeftijdsgroep verschillen de percentages "indrinkers":
  - een kwart (26%) van de 13-jarige uitgaande drinkers (ofwel anderhalf procent van alle 13 jarigen).
  - 41 procent van de 14/15-jarige uitgaande drinkers (ofwel twaalf procent van alle 14/15 jarigen).
  - 56 procent van de 16/17-jarige uitgaande drinkers (ofwel 39 procent van alle 16/17 jarigen).
- Onder bezoekers van trendy clubs in Amsterdam in 2008 kwam indrinken voor onder een kleine meerderheid van 54 procent (Benschop et al., 2009).

Tabel 7.4 Alcoholgebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen

Populatie	Locatie	Peiljaar	Maat voor alcoholgebruik <sup>1</sup>	Leeftijd (jaar)	% / Aantal glazen
Uitgaande jongeren algemeen	Landelijk	2005	Afgelopen jaar	13	19%
				14-15	62%
				16-17	87%
Bezoekers van dance party's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	Afgelopen maand Afgelopen week	15-35	88%
					60%
Cafébezoekers	Zaandam	2006	Binge drinken: zes glazen of meer tien glazen of meer	14-44 Gemiddeld 21 jaar	64% 50%
Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Binge drinken: meer dan 6 glazen meer dan 10 glazen	Gemiddeld 23 jaar	61% 32%
Bezoekers discotheken	Nijmegen	2005	Binge drinken: 10 of meer glazen	15-40 Gemiddeld 21 jaar	29%
Cafébezoekers	Amsterdam	2005	Afgelopen maand Dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer  Binge drinken: zes glazen of meer	Doorsnee 26 jaar	97%
					33%
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	2003	Risicant drinken: dagelijks of paar keer per week minstens vier of vijf glazen per keer	Gemiddeld 28 jaar	33%
		2008		Gemiddeld 25 jaar	29%
Jonge mannelijke vakantiegangers	Schouwen-Duiveland	2002 2004	Gemiddeld aantal glazen per vakantiedag	Gemiddeld 18 jaar	24 gl 25 gl
Bezoekers van party's en festivals	Landelijk <sup>II</sup>	2008/ 2009	Ooit Afgelopen jaar Afgelopen maand Bingen afgelopen maand	Gemiddeld 24 jaar	99% 97% 91% 80%

De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. I. De volgende definities van binge drinken worden gehanteerd: Zaandam: 6/10 glazen of meer op een gemiddelde uitgaansavond; Noordwijk: gemiddeld meer dan 6/10 glazen op een weekenddag; Nijmegen: 10 of meer glazen op de avond van het onderzoek; Amsterdam: 6/10 glazen of meer tijdens het uitgaan. II. Geringe respons (19%). Bronnen: Parnassia; GGD Zaanstreek-Waterland; Antenne, Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam; GGD Zuid-Holland Noord; Tendens, Iriszorg; Uitgaansonderzoek, Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam; EXPLORE, Trimbos-instituut/Universiteit Utrecht.

### **Keten**

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor alcoholgebruik door jongeren in *keten*. "Keet" is een verzamelwoord voor informele, vaak door hen zelf ingerichte, overdekte plekken waar groepen jongeren elkaar treffen in hun vrije tijd. Keetbezoek is in verschillende studies onderzocht. In deze studies zijn tegenstrijdige resultaten gevonden, die mogelijk samenhangen met verschillen in definities van een keet en de methoden van onderzoek. Daardoor is op dit moment geen goede schatting mogelijk van de mate waarin drankgebruik in keten voorkomt.

Volgens de landelijke monitor alcoholverstrekking jongeren uit 2005 bezoekt elf procent van de jongeren (13-17 jaar) wel eens een keet (Bieleman et al., 2006). In Nederland zijn er naar schatting

1 500 keten (Mulder, 2005).

- Van de 13-jarigen gaat acht procent wel eens naar een keet, van de 14-15-jarigen vijftien procent en van de 16-17-jarigen twaalf procent (Bieleman et al., 2006).
- Vooral de oudere groepen drinken alcohol in de keet. Van de 16-17-jarigen die aangeven een keet te bezoeken drinkt 82 procent daar alcohol. Van de 14-15-jarigen en 13-jarigen die een keet bezoeken drinkt respectievelijk 65 procent en 26 procent daar alcohol.
- Gemiddeld worden er vijf glazen alcohol gedronken.

In de eveneens landelijke HBSC studie uit 2005 worden veel hogere cijfers van keetbezoek gevonden. Uit deze studie blijkt dat veertig procent van de jongeren van twaalf tot en met zestien jaar de afgelopen maand een keet heeft bezocht. Een derde daarvan zegt daar alcohol te drinken (Van Dorsselaer et al., 2007).

- Keetbezoek komt vaker voor onder jongeren op het platteland. Rond een derde van de jongeren uit steden bezoekt wel eens een keet vergeleken met ruim de helft van de jongeren uit dorpen.
- In grote steden zegt 22 procent dat ze in de keet alcohol drinken, terwijl dat in de dorpen bijna twee keer zoveel is (41%).

In een recent onderzoek (2007) naar keetbezoek in Twente, bleek dertig procent van de vierde klassers (gemiddelde leeftijd 15,8 jaar) daar wel eens een keet te bezoeken (Korte, 2008).

- De meeste keetbezoekers zijn te vinden in het vmbo (36%), gevolgd door havo (25%) en vwo (20%).
- Keetbezoekers drinken meer alcohol dan niet-keetbezoekers, ook na correctie voor geslacht en opleidingsniveau. Keetbezoekers drinken gemiddeld vijftien glazen per week, niet-keetbezoekers zeven glazen.
- Op een keetavond in het weekend drinken jongeren gemiddeld negen glazen alcohol.

### **Vakantiegangers**

- Onderzoek uit 2003 op jongerencampings (gemiddelde leeftijd 17,4 jaar) wijst uit dat ruim tachtig procent van de jongens en bijna de helft van de meisjes op elke dag van de vakantie alcohol drinkt. Jongens drinken gemiddeld zeventien glazen per dag en meisjes zeven (De Graaf en Poort, 2004).

### **Probleemjongeren**

Alcoholgebruik komt ook veel voor onder bepaalde groepen probleemjongeren.

- Jongeren in een spijbelopvangproject in Amsterdam zijn vaker actuele drinkers (ruim 50%) dan hun leeftijdgenoten die niet spijbelen maar naar school gaan (40%) (Korf et al., 2004a).
- Jongeren op scholen voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK) verschillen qua frequentie en intensiteit van alcoholgebruik niet significant van jongeren in het regulier onderwijs. Wanneer alleen de autochtone jongeren worden vergeleken, drinken jongeren op ZMOK scholen echter wel frequenter en meer (Van Zundert et al., 2004).
- Onderzoek onder jongeren in de jeugdzorg in Amsterdam (leeftijd 14-25 jaar; gemiddeld 17,5 jaar) wijst uit dat 54 procent de laatste maand alcohol heeft gedronken (actuele drinkers) (Nabben et al., 2007a).
  - Verreweg de meeste actuele drinkers drinken af en toe (86%); slechts een enkeling drinkt dagelijks (2% van de actuele drinkers).
  - Gemiddeld drinken de actuele drinkers vijf glazen per gelegenheid.
  - Zes procent van de jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg voldoet aan de definitie voor riskant drinken. Riskant drinken is hier gedefinieerd als het dagelijks drinken of een paar keer per week minstens vier glazen per keer drinken (jongeren tot 19 jaar) of vijf glazen per keer drinken (jongeren vanaf 19 jaar).
  - Bovenstaande cijfers over het aandeel actuele drinkers, het gemiddeld aantal glazen en riskant drinken onder jongeren in de Amsterdamse jeugdzorg wijken niet af van de bevindingen uit een eerdere studie onder Amsterdamse scholieren.
  - Meisjes en jongens in de Amsterdamse jeugdzorg zijn even vaak actuele drinkers, drinken per gelegenheid even veel glazen en zijn even vaak riskante drinkers.
  - Wel zijn er verschillen tussen westerse en niet-westerse jongeren. Het aandeel actuele drinkers (74%) en riskante drinkers (12%) ligt bij westerse jongeren veel hoger dan bij niet-westerse jongeren (46%, respectievelijk 3%). Als ze drinken, drinken beide groepen echter even veel glazen per gelegenheid.
  - Delinquente jongeren zijn minder vaak actuele drinkers (40%) dan jongeren met opvoedproblemen (59%) en dak- en thuisloze jongeren (61%).
- Op landelijk niveau is in 2008 het drinken onder jongeren in de residentiële jeugdzorg onderzocht onder 12- tot en met 16-jarigen (Kepper et al., 2009). Het percentage dat ooit gedronken had lag onder de 12- tot 13-jarigen, de 14- tot 15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 73, 95 en 96 procent. Het percentage actuele drinkers lag in deze leeftijdsgroepen op respectievelijk 31, 67 en 72 procent. Van de actuele drinkers van 14 en 15 jaar was 49 procent in de afgelopen maand dronken geweest



en 53 procent van de actuele drinkers van 16 jaar. Van deze groepen had in de afgelopen maand respectievelijk 81 en 82 procent per keer vijf of meer glazen gedronken (binge drinken).

- In onderzoek uit 2002/2003 onder 14-17 jarige gedetineerde jongeren en drop-outs (jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens één maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties) is het alcoholgebruik in de afgelopen maand en binge drinken (5 of meer glazen alcohol bij één gelegenheid in de afgelopen maand) gemeten (Adlaf et al., 2006).
  - Het alcoholgebruik van gedetineerde jongeren en drop-outs is vergelijkbaar: 63 procent van de gedetineerde jongeren en 64 procent van de drop-outs heeft de afgelopen maand alcohol gedronken en respectievelijk 48 procent en 47 procent heeft in de afgelopen maand gebingedronken.
  - Deze percentages zijn vergelijkbaar met die van "gewone" 14- tot 17-jarige scholieren in het Peilstationsonderzoek.

## 7.4 Probleemgebruikers

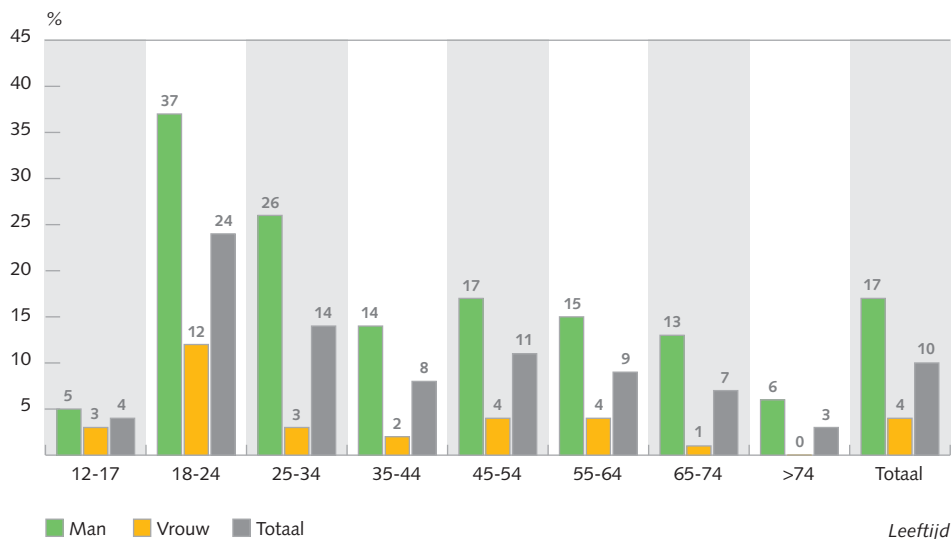
De omvang van de alcoholproblematiek hangt af van de gehanteerde definitie. In onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen zwaar drinken, probleemdinken en afhankelijkheid of misbruik van alcohol.

### **Zwaar drinken**

Volgens het CBS is er sprake van "zwaar drinken" zodra op één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol worden gedronken (CBS, 2009b).

- Volgens deze definitie was in 2008 tien procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker. Dat komt neer op ongeveer 1,4 miljoen zware drinkers. In 2001 was nog veertien procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder een zware drinker.
- De licht dalende trend deed zich voor in alle leeftijdsgroepen tot 65 jaar en onder zowel mannen als vrouwen.
- In 2008 was zeventien procent van de mannen (16,9%) en vier procent van de vrouwen (3,5%) een zware drinker. Daarmee was onder de mannen het percentage zware drinkers ruim vier keer zo hoog als onder de vrouwen (CBS, 2009b).
- Jongeren tussen de 18 en 24 jaar scoren het hoogst op deze maat. In 2008 lag het percentage zware drinkers onder jonge mannen op 37 procent en onder jonge vrouwen op twaalf procent (figuur 7.3). Dat is minder dan in 2002 (42% voor de mannen en 18% voor de vrouwen van 18-24 jaar) maar ongeveer gelijk aan de percentages in 2007 (38% voor de mannen en 14% voor de vrouwen van 18-24 jaar).

**Figuur 7.3** Zware drinkers van alcohol naar geslacht en leeftijd onder mensen van 12 jaar en ouder. Peiljaar 2008



Percentage mensen dat op één of meer dagen per week zes of meer glazen alcohol drinkt.

Bron: POLS, CBS, StatLine.

### Probleemdrinken

Probleemdrinkers zijn mensen die niet alleen boven een bepaalde drempelwaarde drinken, maar daarnaast door hun alcoholgebruik problemen ondervinden.

- In 2003 was tien procent van de Nederlandse bevolking van 16-69 jaar een probleemdrinker, meer mannen (17%) dan vrouwen (4%) (Van Dijck en Knibbe, 2005).
- Probleemdrinken komt het meest voor in de leeftijd 16-24 jaar; 34 procent van de mannen en negen procent van de vrouwen in deze leeftijdsgroep is een probleemdrinker (figuur 7.4).
- Van de probleemdrinkers in 2003 bleek een jaar later bijna de helft (46%) nog steeds een probleemdrinker te zijn. Ruim de helft voldoet daarmee dus niet meer aan de criteria van probleemdrinken (Van Dijck en Knibbe, 2006).
- Of de personen na één jaar nog steeds probleemdrinker zijn, wordt voornamelijk bepaald door de ernst van de alcoholgerelateerde problemen, de leeftijd en het geslacht. De kans om probleemdrinker te blijven neemt toe met de ernst van de problematiek en is het grootst onder jonge mensen en mannen.
- Van de personen die in 2003 geen probleemdrinker waren, bleek in 2004 twee procent een probleemdrinker te zijn geworden (incidentie).

## Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

- Volgens gegevens van het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,3 en 1,2 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid (DSM 4e gewijzigde editie). Naar schatting 2,9 tot 4,5 procent van de respondenten voldeed aan een diagnose alcoholmisbruik.
- Alcoholstoornissen komen vaker voor onder mannen dan vrouwen (tabel 7.5).
- Omgerekend naar de bevolking van 18-64 jaar ging het om naar schatting 82 400 mensen met alcoholafhankelijkheid. Het aantal mensen met alcoholmisbruik is bijna vijf keer hoger (395 600).
- In dit bevolkingsonderzoek ontbraken jongeren onder 18 jaar, ouderen boven de 65 jaar, mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn en mensen die dakloos zijn of langere tijd in een instelling verblijven. In hoeverre dit de gegevens heeft beïnvloed is niet bekend.
- Het aantal mensen met een alcoholstoornis, vooral alcoholafhankelijkheid, is in de peiling van 2007-2009 lager dan het aantal gevallen in het NEMESIS-onderzoek uit 1996 (jaarprevalentie afhankelijkheid: 0,7%). Dit komt waarschijnlijk door verschillen in de criteria voor het vaststellen van de diagnose afhankelijkheid. De 4<sup>e</sup> editie is 'strenger' dan de 3<sup>e</sup> editie van de DSM, waardoor mensen minder snel voldoen aan een diagnose afhankelijkheid. Daarnaast is het instrument waarmee de aandoeningen is gemeten veranderd en ook dit heeft voor een lagere schatting gezorgd van de prevalentie van alcoholafhankelijkheid in NEMESIS-2 vergeleken met de eerdere studie.
- Dat de 4<sup>e</sup> editie van de DSM tot lagere schattingen leidt dan de 3<sup>e</sup> editie, is ook in onderzoek in het buitenland aangetoond (De Graaf et al., 2010).

Tabel 7.5 Jaarprevalentie en aantallen mensen met een alcoholstoornis, naar geslacht.

Tussen haakjes: 95% betrouwbaarheidsintervallen. Peiljaar 2007-2009

Stoornis	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)	Totaal aantal
Alcoholmisbruik	5,6 (4,2 – 6,9)	1,8 (1,1 – 2,6)	3,7 (2,9 – 4,5)	395 600
Alcohol-afhankelijkheid	1,0 (0,3 – 1,7)	0,5 (0,0 – 0,9)	0,7 (0,3 – 1,2)	82 400

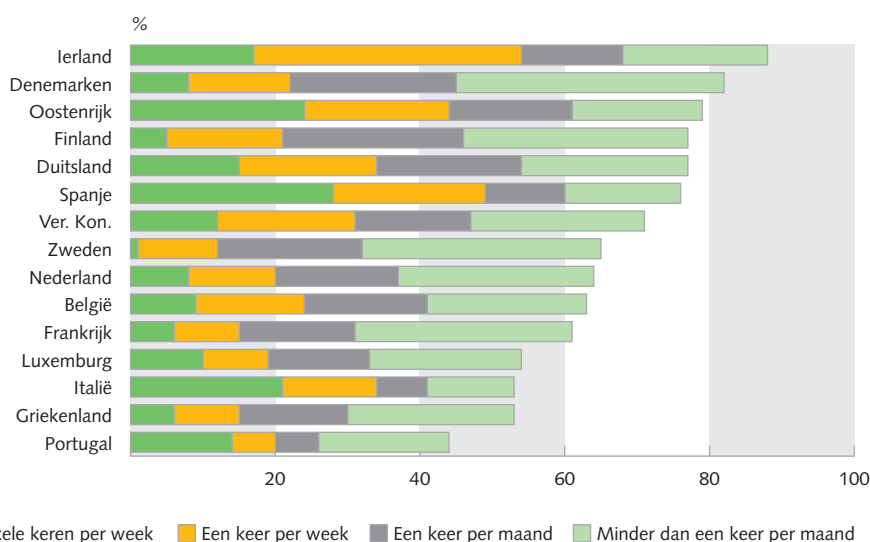
Bron: Nemesi-2 2007-2009 (De Graaf et al., 2010).

## 7.5 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

- In opdracht van de Europese Commissie heeft de Eurobarometer in 2006 (de houding tegenover) het alcoholgebruik onderzocht in de lidstaten van de Europese Unie.
- In de algemene bevolking van vijftien jaar en ouder in de landen van de EU-15 varieerde in 2006 het percentage dat in de afgelopen maand alcohol had gebruikt van 56 tot 84 procent. In de hele EU-15 lag dit actueel gebruik van alcohol op 67 procent. De landen met het laagste percentage waren Portugal (56%) en Spanje (61%). Het hoogst scoorden Nederland (81%) en Denemarken (84%) (European Commission, 2007).
- Van de mensen die het afgelopen jaar hebben gedronken, geeft het percentage dat per keer wel eens vijf of meer glazen alcohol heeft gedronken (binge drinken), een indicatie van het bovenmatig alcoholgebruik in een land. Dit percentage varieert van 44 procent in Portugal en 53 procent in Griekenland en Italië tot 82 procent in Denemarken en 88 procent in Ierland. Nederland neemt een middenpositie in (figuur 7.4).
- Het percentage van de drinkers dat enkele keren per week vijf of meer glazen alcohol per keer drinkt, ligt het laagst in Zweden (1%) en Finland (5%) en het hoogst in Oostenrijk (24%) en Spanje (28%).

**Figuur 7.4** Percentage van de drinkende bevolking van 15 jaar en ouder in de lidstaten van de EU-15 dat per keer vijf of meer glazen alcohol drinkt (binge drinken)



Percentage van de drinkende bevolking. I. Drinkende bevolking = gedronken in het afgelopen jaar.

Bron: Eurobarometer, European Commission.

## Jongeren

Het ESPAD-onderzoek, het European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, werd in 1999, 2003 en 2007 uitgevoerd onder vijftien- en zestienjarige scholieren van het middelbaar onderwijs (Hibell et al., 2000, 2004, 2009). Tabel 7.6 toont het alcoholgebruik in een aantal landen van de EU en Noorwegen. België, Duitsland en Oostenrijk deden alleen in 2003 en 2007 mee. De Verenigde Staten deden niet mee aan ESPAD maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. In het ESPAD-onderzoek is gevraagd naar het gebruik van alcohol en de frequentie van dronkenschap.

- In 2007 stond Nederland in de hoogste regionen wat betreft de maat “veertig keer of meer alcohol gedronken in het hele leven”.
- Op de maat “minstens tien keer alcohol drinken in de maand voorafgaand aan de peiling” werd Nederland in 2007 alleen overtroffen door Oostenrijk.
- Op de maat “dronkenschap” scoorden Nederlandse scholieren beduidend minder hoog. Slechts twee procent gaf aan in het hele levens minstens twintig keer dronken te zijn geweest.
- Tussen 2003 en 2007 daalde in Nederland het percentage scholieren dat 40 keer of meer in het leven had gedronken en daalde eveneens het percentage scholieren dat 20 keer of meer in het leven dronken was geweest. Een dergelijke daling deed zich in deze periode ook voor in het Verenigd Koninkrijk, België, Ierland, Finland, Zweden en Noorwegen.

**Tabel 7.6 Consumptie van alcohol en dronkenschap bij leerlingen van 15 en 16 jaar in een aantal lidstaten van de EU, Noorwegen en de Verenigde Staten. I Peiljaren 1999, 2003 en 2007**

Land	Consumptie: 40 keer of meer in het leven			Consumptie: 10 keer of meer in de laatste maand			Dronken: 20 keer of meer het leven		
	1999	2003	2007	1999	2003	2007	1999	2003	2007
Oostenrijk	-	48%	52%	-	21%	30%	-	21%	9%
Denemarken <sup>I</sup>	59%	50%	49%	18%	13%	12%	41%	36%	17%
Duitsland <sup>II</sup>	-	37%	41%	-	11%	18%	-	12%	5%
Nederland	37%	45%	40%	20%	25%	24%	8%	6%	2%
Verenigd Koninkrijk	47%	43%	39%	16%	17%	14%	29%	27%	13%
België <sup>III</sup>	-	36%	34%	-	20%	17%	-	7%	1%
Frankrijk	20%	22%	30%	8%	7%	13%	4%	3%	4%
Griekenland	42%	35%	28%	13%	13%	11%	4%	3%	2%
Ierland	40%	39%	23%	16%	16%	10%	25%	30%	9%
Italië	17%	24%	23%	7%	12%	13%	2%	5%	3%
Portugal	15%	14%	21%	6%	7%	13%	4%	3%	1%
Finland	20%	20%	16%	1%	2%	1%	28%	26%	7%
Zweden	19%	17%	14%	2%	1%	1%	19%	17%	4%
Noorwegen	16%	15%	11%	3%	3%	1%	16%	14%	4%
Verenigde Staten	16%	12%	11%	5%	4%	5%	11%	7%	7%

Percentage van de leerlingen. - = niet gemeten. I. De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD, maar voerden vergelijkbaar onderzoek uit. De gegevens voor Denemarken zijn minder vergelijkbaar.

II. Duitsland in 2007 alleen voor 7 deelstaten. III. België in 2007 alleen voor Vlaanderen. Bron: ESPAD.

Uit een studie waarin de waargenomen beschikbaarheid en gebruik van alcohol onder scholieren tussen veertien en zeventien jaar werd vergeleken tussen Nederland en Frankrijk bleek het volgende (Knibbe et al., 2005; Knibbe et al., 2007):

- Nederlandse jongeren vinden het gemakkelijker om alcohol te verkrijgen dan Franse jongeren; 72 procent van de Nederlandse en 59 procent van de Franse jongeren vindt het gemakkelijk om alcohol te verkrijgen.
- Bij Franse jongeren is de kans groter dat leeftijdgenoten en/of ouderen kritiek hebben op hun drankgebruik, zelfs voordat het nadelige gevolgen heeft. De (informele) sociale controle op drankgebruik van jongeren is in Frankrijk groter dan in Nederland.
- In beide landen is er een verband tussen waargenomen beschikbaarheid en alcoholgebruik; jongeren die het gemakkelijk vinden om aan alcohol te komen, drinken vaker en drinken vaker vijf glazen of meer bij één gelegenheid.

## 7.6 Hulpvraag

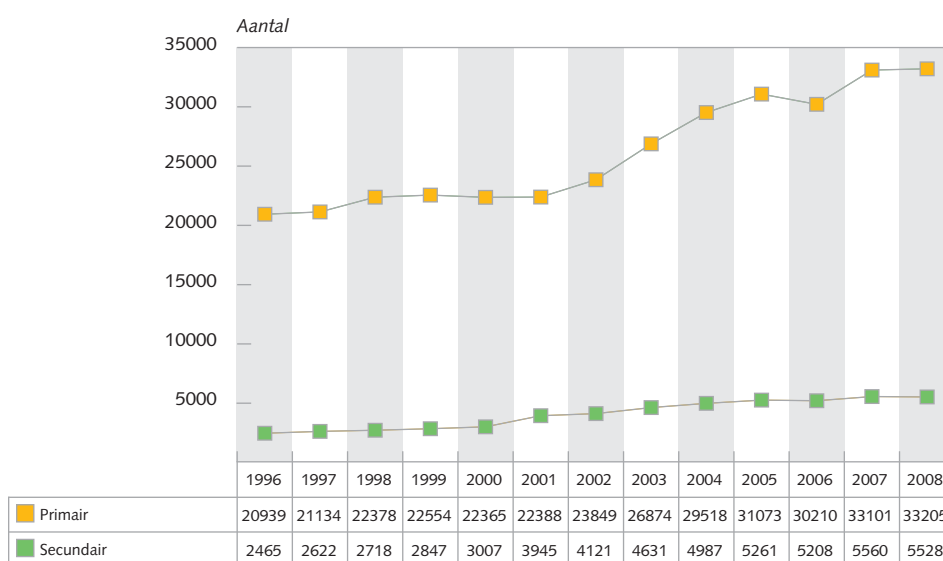
### Verslavingszorg

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) registreert hoeveel mensen hulp vragen bij de (ambulante) verslavingszorg, inclusief de verslavingsreclassering en de verslavingsklinieken die zijn gefuseerd met de ambulante verslavingszorg (Ouwehand et al., 2009; IVZ, 2009). (Zie in bijlage A: Cliënt LADIS.)

- In 2008 stonden er 33 205 personen geregistreerd bij de (ambulante) verslavingszorg met als primaire problematiek alcoholgebruik. Dit is naar schatting drie procent van het aantal probleemdrinkers.
- Het absolute aantal cliënten met een primair alcoholprobleem in de (ambulante) verslavingszorg is tussen 2001 en 2008 met 48 procent toegenomen (figuur 7.5). Van 2006 naar 2007 ging het om een stijging van tien procent en van 2007 naar 2008 ging het om een stijging van minder dan een procent.
- Per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal primaire alcoholcliënten van 170 in 2001 naar 247 in 2008.
- Het aandeel van alcohol in alle verzoeken om hulp bij de ambulante verslavingszorg varieerde van 1994 tot 2000 tussen de 37 procent en 40 procent. Daarna is een duidelijke stijging te zien van 41 procent in 2001 naar 47 procent in 2005. In 2007 en 2008 stabiliseerde dit aandeel op 47 procent. In 2008 was een vijfde (20%) van de primaire alcoholcliënten een nieuwkomer. Zij stonden niet eerder ingeschreven bij de (ambulante) verslavingszorg vanwege een alcoholprobleem. Dit is lager dan het percentage nieuwkomers onder de primaire alcoholcliënten in 2007 (26%).
- Voor bijna tweederde van de primaire alcoholcliënten was alcohol het enige probleemmiddel (62%). Bijna vier van de tien rapporteerden een bijmiddel (38%), voornamelijk cannabis (12%), cocaïne/crack (11%), of benzodiazepinen (4%). In 2007 rapporteerde ook ongeveer een vierde een bijmiddel (43%).
- Het aantal cliënten van de (ambulante) verslavingszorg dat alcohol als secundair probleem noemt is tussen 1996 en 2008 twee keer zo groot geworden (figuur 7.5).

Tussen 2006 en 2007 steeg het aantal secundaire alcoholcliënten met zeven procent, maar tussen 2007 en 2008 daalde het weer met 0,6 procent. Voor deze groep zijn cocaïne of crack (42%), cannabis (26%), heroïne (15%), gokken (5%), amfetamine (4%), methadon (3%) of benzodiazepinen (2%) de meest voorkomende primaire problemen.

**Figuur 7.5** Aantal cliënten bij de (ambulante) verslavingszorg met primaire of secundaire alcoholproblematiek, vanaf 1996

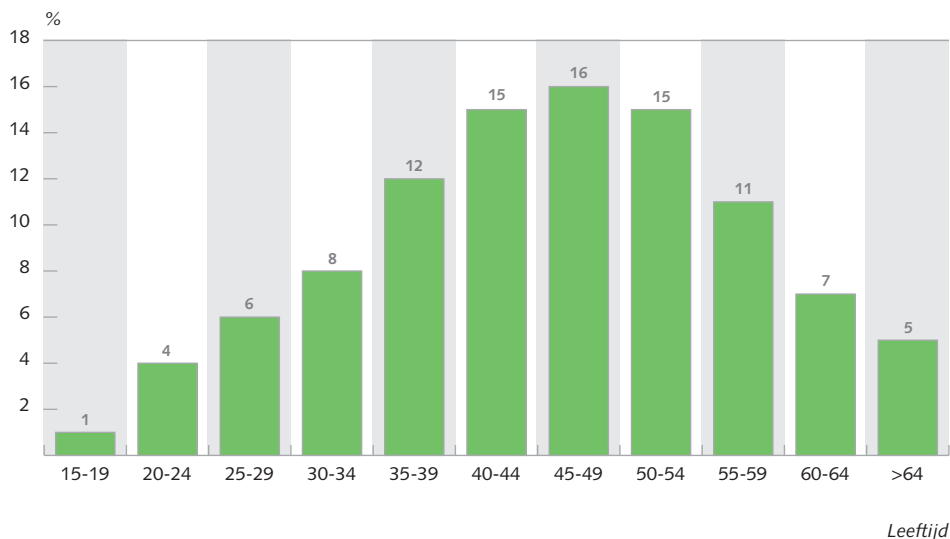


Bron: LADIS, IVZ (2009).

### **Leeftijd en geslacht**

- In 2008 was het merendeel van de primaire alcoholcliënten man (74%). Het aandeel vrouwen schommelde in de periode 1994-2008 tussen 23 en 27 procent.
- De gemiddelde leeftijd in 2008 was 45 jaar. De piek ligt in de leeftijdsgroep 40-54 jaar (figuur 7.6). De stijging in het aantal primaire alcoholcliënten tussen 2002 en 2008 deed zich voor in alle leeftijdsgroepen, maar was relatief het grootst onder de jongeren en de ouderen. Onder de 15-19 jarigen steeg het aantal in deze periode met 85 procent. Onder de 55-59 jarigen was er een stijging van 62 procent, onder de 60-64 jarigen een stijging van 125 procent en onder de 65-plussers was er een stijging van 95 procent. Inmiddels is bijna een kwart van de primaire alcoholcliënten een 55-plusser (23%).

**Figuur 7.6** Leeftijdsverdeling van primaire alcoholcliënten bij de (ambulante) verslavingszorg.  
Peiljaar 2008



Percentage cliënten per leeftijdsgroep. Bron: LADIS, IVZ (2009).

### Algemene ziekenhuizen en incidenten

De Landelijke Medische Registratie (LMR) registreerde in 2007 ongeveer 1,8 miljoen klinische opnames in algemene ziekenhuizen.

- In 2008 vonden er 5 983 opnames plaats met een alcoholaandoening als hoofd-diagnose. De meest voorkomende diagnoses betroffen:
  - alcoholmisbruik (37%)
  - alcoholische leverziekte (25%)
  - alcoholafhankelijkheid (18%)
  - intoxicatie en toxische gevolgen van alcohol (11%)
  - alcoholpsychosen (7%).
- Alcoholproblematiek wordt veel vaker als nevendiagnose gesteld. In 2008 stonden er 13 717 alcoholgerelateerde nevendiaagnoses geregistreerd. In volgorde van voorkomen betrof het:
  - alcoholmisbruik (49%)
  - alcoholafhankelijkheid (23%)
  - alcoholische leverziekte (14%)
  - alcoholpsychosen (7%)
  - intoxicatie en toxisch gevolg van alcohol (5%).
 Hoofddiagnoses bij deze nevendiaagnoses waren:
  - ongevallen, anders dan vergiftigingen (34%)
  - spijsverteringsstoornissen (14%)
  - vergiftiging (12%)



- ziekten van hart- en vaatstelsel (6%)
- ziekten en symptomen van de ademhalingswegen (5%)
- psychosen (3%).
- Het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening stijgt vanaf 2003 (figuur 7.7). Tussen 2006 en 2007 steeg dit aantal met zestien procent en tussen 2007 en 2008 met nog eens zes procent.
- Tussen 2001 en 2004 steeg het aantal nevensdiagnoses en dit aantal leek zich in de jaren daarna te stabiliseren (figuur 7.7). Tussen 2007 en 2008 vond er echter een stijging plaats van vijftien procent.

**Figuur 7.7** Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 1998



Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbel tellingen van personen. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0\*, E980.9\* (\*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. De cijfers betreffen alle aan alcohol gerelateerde nevensdiagnoses. Per opname is meer dan één nevensdiagnose mogelijk. Bron: Dutch Hospital Data, LMR, Prismant.

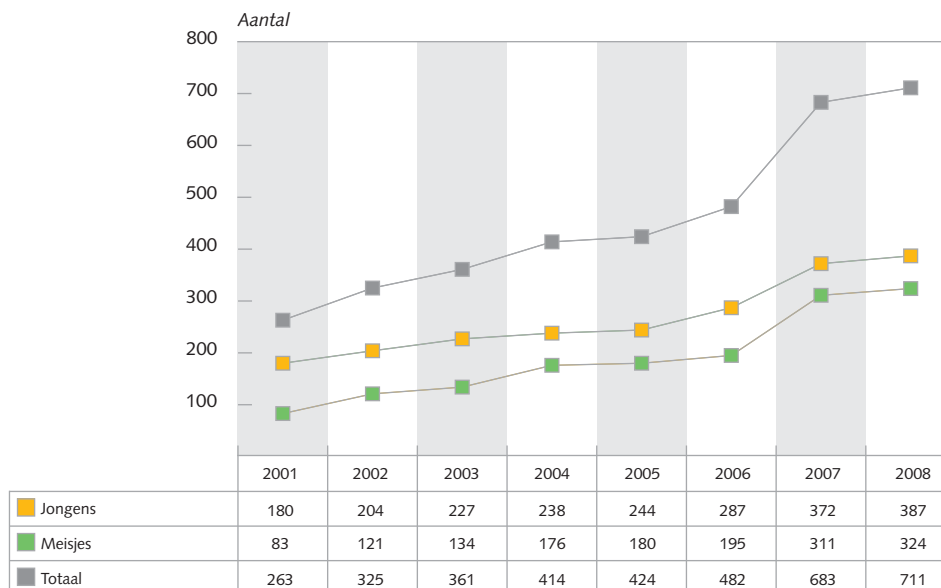
- Dezelfde persoon kan meer dan één keer per jaar worden opgenomen. Bovendien kan er per opname meer dan één nevensdiagnose worden gesteld. Gecorrigeerd voor dubbel tellingen ging het in 2008 om 14 220 personen. Zij werden dat jaar minstens één keer opgenomen voor aan alcohol gerelateerde aandoeningen als hoofd- of nevensdiagnose. Zij waren gemiddeld 47 jaar en 69 procent was man. De piek bevindt zich in de leeftijdsgroep van vijftig tot en met 54 jaar (12%).

- Er is hier waarschijnlijk sprake van een onderschatting, omdat men in ziekenhuizen lang niet altijd de rol van alcohol als oorzaak van ziekte herkent en registreert.
- In 2008 werden ook 337 dagopnames vanwege een hoofddiagnose voor alcohol geregistreerd. Van 2003 tot en met 2007 waren er dat achtereenvolgens 415, 347, 357, 353 en 359.

Figuur 7.8 toont het aantal klinische opnames en dagopnames vanwege alcohol onder kinderen en jongeren van 16 jaar of jonger.

- In 2008 vonden er 711 opnames plaats onder kinderen van 16 jaar of jonger vanwege een aan alcohol gerelateerde problematiek. Van deze opnames vonden er 387 plaats onder de jongens en 324 onder de meisjes.
- Tussen 2001 en 2007 steeg het aantal opnames met 160 procent. Tussen 2006 en 2007 vond er een stijging plaats van 42 procent en tussen 2007 en 2008 met nog eens vier procent.
- De stijging is groter onder meisjes dan onder jongens. Onder de meisjes werd het aantal opnames sinds 2001 bijna vier keer zo groot, onder de jongens verdubbelde het aantal opnames.

**Figuur 7.8** Klinische opnames en dagopnames (hoofd- of nevendiagnose) van kinderen van 16 jaar of jonger met een aan alcohol gerelateerde problematiek, vanaf 2001



Aantal opnames, niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen van personen. Het betreft zowel klinische opnames als dagopnames. ICD-9 codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-3, 980.0-1, E860.0-2, E950.0\*, E980.9\* (\*alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Dutch Hospital Data, LMR, Prismant.

De GGD Amsterdam houdt op de Centrale Post Ambulancevervoer het aantal aanvragen bij voor spoedeisende hulp wegens alcoholgebruik.

- In 2008 registreerden de ambulancediensten in Amsterdam 2 145 alcoholgerelateerde meldingen.
- Het aantal alcoholgerelateerde ambulanceritten daalde tussen 2001 en 2003 licht (1 957 in 2001; 1 887 in 2002; 1 733 in 2003) en steeg tot en met 2006 (1 825 in 2004; 2 056 in 2005; 2 165 in 2006).
- In 2007 en 2008 stabiliseerde het aantal meldingen op respectievelijk 2 138 en 2 145 meldingen.
- Ongeveer zes van de tien patiënten (59%) werd naar de Eerste Hulp post van een ziekenhuis vervoerd. Bij de andere vier van de tien gevallen verleende het ambulancepersoneel ter plaatse eerste hulp.

Volgens het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid ontvangen jaarlijks ongeveer 15 000 personen spoedeisende eerste hulp (SEH) in een ziekenhuis voor letsel vanwege een ongeval, geweld of zelfmutilatie waarbij alcohol betrokken was (tabel 7.5) (Valkenberg, 2009). De cijfers zijn schattingen voor het hele land, gebaseerd op gegevens van een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

- Het aantal SEH behandelingen naar aanleiding van ongevallen, geweldpleging of automutilatie waarbij alcohol betrokken was is in de periode 2004-2008 met 46 procent toegenomen.

De overige LIS-gegevens zijn gemiddeld over de periode van 2004 tot en met 2008.

- Bijna driekwart van alle slachtoffers is een man (69%, 11 000).
- Zestien procent is tussen 0 en 19 jaar (dat betekent jaarlijks 2 360 kinderen), 26 procent valt in de leeftijdsgroep 20-29 jaar en 37 procent in de leeftijdsgroep 30-49 jaar.
- Het risico op een SEH behandeling is het grootst in de leeftijdscategorie 20-24 jaar (15% van alle gevallen), gevolgd door de 15-19 jarigen (14% van alle gevallen). Gemiddeld worden iedere week 45 slachtoffers van 20-24 jaar behandeld op een SEH-afdeling voor de gevolgen van alcoholgebruik.
- Ruim de helft van de ongevallen (57%) vindt plaats in de privé-sfeer (tabel 7.7), zoals een val onder invloed van alcohol of vergiftiging door alcohol. Op de tweede plaats staan verkeersongevallen (vooral valpartijen van de fiets), gevolgd door zelfmutilatie (waarbij het vaak gaat om een combinatie van alcohol met drugs en/of medicijnen) en letsel door geweld.
- Bijna de helft (47%, 7 200) van de slachtoffers van een ongeval waarbij alcohol betrokken was, is gevallen, vaak van een (brom- of motor-) fiets (17%, 2 600). Meer dan een derde deel (35%, 5 400) loopt een vergiftiging op. Bijna één op de tien slachtoffers loopt letsel op in contact met een object, zoals snijden aan glas of ergens tegenaan stoten (9%, 1 300).
- Vier van de tien slachtoffers (40%, 6 200) werden, na behandeling op de eerste hulp, in het ziekenhuis opgenomen. Het percentage dat na een ongeval waarbij alcohol is betrokken wordt opgenomen, is relatief hoog. Dit is een indicatie dat ongevallen

met alcohol ernstig zijn. Ter vergelijking: bij een gemiddeld privé-ongeval bedraagt het opnamepercentage elf procent, bij een verkeersongeval achttien procent en bij automutilatie zestig procent.

- Per jaar gebruikten ongeveer 1 200 slachtoffers zowel alcohol als drugs. Bij een combinatie van alcohol en drugs is relatief vaak sprake van automutilatie (in 25% van de gevallen, tegenover 16% voor ongevallen met alleen alcohol of alleen drugs).
- Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal aan alcohol gerelateerde ongevallen, want de invloed van alcohol wordt niet systematisch onderzocht.

**Tabel 7.7 Aard van aan alcohol gerelateerde ongevallen die zijn behandeld op een afdeling voor spoedeisende hulp in Nederlandse ziekenhuizen. Gemiddelde per jaar over 2004-2008**

Type ongeval	Aantal	Percentage
Privé-ongeval	8 800	57%
Verkeersongeval	3 200	21%
Zelfmutilatie <sup>1</sup>	2 400	16%
Letsel door geweld	920	6%
Totaal	±15 000	100%

*1. Zoals suïcidepogingen door gebruik van alcohol en medicijnen. Bron: Letsel Informatie Systeem, Stichting Consument en Veiligheid (LIS), Valkenberg (2009).*

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM verstrekt informatie aan artsen, apothekers en overheidsinstellingen over vergiftigingen (Van Velzen et al., 2009).

- In 2008 werden er bij het NVIC 2103 blootstellingen aan alcoholische dranken gemeld, zes procent meer dan in 2007 (tabel 7.8). Ten dele is deze stijging het gevolg van het gegeven dat in 2008 voor het eerst de meldingen via de website werden meegeteld.
- Deze cijfers geven echter geen zicht op het absolute aantal intoxicaties want artsen hebben geen meldingsplicht voor intoxicaties. Bovendien zijn artsen veelal vertrouwd met alcohol en overdoseringen daarmee. Hoe bekender artsen zijn met de symptomen en behandeling van een intoxicatie met een bepaald middel, des te kleiner de kans dat zij het NVIC raadplegen.
- Ongeveer driekwart van de gevallen had betrekking op een combinatie van alcohol met geneesmiddelen.
- Het aandeel informatieverzoeken over alcoholvergiftigingen bij jongeren van 13 tot en met 17 jaar is gestegen van circa 4 procent in 2002 naar 8 procent in 2005. Sinds 2005 is geen verdere toename in deze leeftijdsgroep te zien. In 2008 lag dit percentage op zeven procent. Alcoholintoxicaties bij jongeren zijn meestal het gevolg van het drinken van gedistilleerde sterke drank met vrienden.

**Tabel 7.8 Informatieverzoeken vanwege blootstellingen aan alcohol bij het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum, vanaf 2000**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totaal	1 372	1 247	1 403	1 709	1 817	1 780	1 658	1 979	2 103
- % in de leeftijdsgroep 13-17 jaar	4%	5%	4%	5%	7%	8%	8%	8%	7%
- % alcohol en geneesmiddel			77%	75%	68%	72%	73%	75%	74%

Alle informatieverzoeken per jaar gemeld via de 24-uurs telefoonlijn van het NVIC. Meldingen via de website [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info) (online sinds april 2007) zijn voor het eerst in 2008 meegeteld.

Bron: NVIC, RIVM.

### Rijden onder invloed

Het percentage automobilisten dat onder invloed van alcohol rijdt is in 2007 stabiel gebleven (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2008).

- Bij alcoholcontroles gedurende weekendnachten in 2007 bleek 3,0 procent van de gecontroleerde automobilisten meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed te hebben. In 2006 was dit eveneens 3,0 procent. Vergeleken met 2001 deed zich wel een daling voor (4,1% in 2001 en 3,0% in 2007).
- In 2007 reden meer mannen dan vrouwen onder invloed (3,6% versus 1,8%).
- Na eerdere dalingen bij zowel mannen als vrouwen is het percentage overtredingen in 2007 bij zowel mannen als vrouwen stabiel gebleven.
- Het hoogste percentage overtreders is bij mannen te vinden in de leeftijdsgroepen 35-49 jaar (4,5%) en bij vrouwen in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (2,1%).
- Het percentage overtreders is het hoogst tussen twee en vier uur 's nachts, vooral in de nacht van vrijdag op zaterdag (7,3%).

Volgens de Dienst Verkeer en Scheepvaart (DVS) waren er in 2007 naar schatting ongeveer 2 300 doden en ziekenhuisgewonden gevallen in het verkeer door alcoholgebruik (tabel 7.9) (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2008).<sup>4</sup>

- Het totale aantal alcoholgerelateerde ziekenhuisgewonden en doden in het verkeer is sinds 1998 gedaald (tabel 7.9).
- Ook is het percentage alcoholgerelateerde verkeersdoden en ziekenhuisgewonden gedaald ten opzichte van het totaal aantal verkeersdoden en ziekenhuisgewonden.
- In 1996 was negentien procent van de verkeersdoden en ziekenhuisgewonden alcohol gerelateerd, in 2007 was dit twaalf procent.

<sup>4</sup> Cijfers overlappen deels met die van het LIS, Consument en Veiligheid.

Tabel 7.9 Schatting van het aantal doden en gewonden in het verkeer door alcoholgebruik, vanaf 1998

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Doden	225	210	200	180	170	170	135	115	100	95
Ziekenhuis- gewonden	3 600	3 500	3 200	3 000	3 000	2 900	2 800	2 500	2 100	2 200

Bron: Rijkswaterstaat Dienst Verkeer en Scheepvaart (DVS).

## 7.7 Ziekte en sterfte

### Ziekte

#### **Matig alcoholgebruik: nieuwe inzichten**

Tot nu toe leek het erop dat matig alcoholgebruik niet schadelijk zou zijn. Licht alcoholgebruik zou zelfs enige bescherming bieden tegen hart- en vaatziekten.

- Tegen deze achtergrond adviseerde de Gezondheidsraad (2006) in de 'Richtlijnen gezonde voeding' niet meer dan twee standaard glazen alcohol per dag voor mannen en niet meer dan één standaardglas alcohol per dag voor vrouwen. Alleen jongeren beneden de achttien jaar en vrouwen die zwanger konden worden of borstvoeding gaven, werd ontraden alcohol te gebruiken.
- Recent onderzoek heeft echter aannemelijk gemaakt dat ook matig alcoholgebruik niet helemaal veilig is (Lauer en Sorlie, 2009). Matig alcoholgebruik kan de kans verhogen op diverse vormen van kanker. Waarschijnlijk weegt dit nadeel van een verhoogd risico op kanker niet meer op tegen het voordeel van een verlaagd risico op hart- en vaatziekten. Voor het drinken van alcohol kan nog geen algemeen geldende "veilige ondergrens" worden vastgesteld om een verhoogd risico op bepaalde vormen van kanker uit te sluiten (SAR, 2010).

#### **Overmatig alcoholgebruik**

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk.

- Alcoholgebruik is gerelateerd aan meer dan zestig medische aandoeningen. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Anderson en Baumberg, 2006; Room et al., 2005).
- Wereldwijd veroorzaakt alcoholgebruik bijna net zoveel doden en ziektes als roken en hoge bloeddruk. De ziektelast van alcohol is wereldwijd vastgesteld op 4,6 procent (Rehm et al., 2009).

Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van *kanker* (KWF Kankerbestrijding, 2004; Lauer en Sorlie, 2009).

- Het drinken van twee of meer glazen alcohol per dag verhoogt het risico op kanker van de mond en keelholte en op een bepaald type slokdarmkanker. De kans is extra groot voor wie zowel rookt als drinkt.

- Er zijn heel duidelijke aanwijzingen dat het drinken van alcohol gepaard gaat met een verhoging van het risico op borstkanker.
- Er zijn duidelijke aanwijzingen voor een verhoging van het risico op darmkanker, maar pas bij een consumptie van drie of meer glazen per dag.
- Voor leverkanker zijn er ook duidelijke aanwijzingen dat alcohol het risico verhoogt, overigens nadat eerst levercirrose is ontstaan.

Overmatig alcoholgebruik verhoogt eveneens het risico op *hart- en vaatziekten* en *beschadiging van hersenen en zenuwen* (Single et al., 1999; Poppelier et al., 2002).

- Bij dagelijks gebruik van vijf glazen of meer stijgt de kans op aantasting van de kransslagaders.
- Consumptie van meer dan twee glazen per dag verhoogt ook de kans op beroerten of herseninfarcten. Dit geldt alleen voor zogenoemde 'bloedige' herseninfarcten.
- Langdurige en excessieve alcoholconsumptie (meer dan acht eenheden per dag) kan mogelijk de zenuwbanen en zenuwtakken aantasten (polyneuropathie), de hersenen doen krimpen en cognitieve functies (leren, geheugen, aandacht en dergelijke) schaden.
- Het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol, verhoogt het risico op hart- en vaatziekten, acuut nierfalen en hersenbeschadiging.

De Gezondheidsraad concludeert in een advies over alcoholgebruik bij *conceptie, zwangerschap en borstvoeding* dat het niet mogelijk is om voor alcoholgebruik vóór de conceptie (door vrouw én man) en tijdens de zwangerschap of borstvoeding een veilige ondergrens vast te stellen (Gezondheidsraad, 2005).

- Er zijn aanwijzingen dat alcoholgebruik vóór de conceptie vanaf één standaard glas per dag of mogelijk zelfs bij een lager consumptieniveau de vruchtbaarheid van de vrouw vermindert en het risico van miskramen en foetale sterfte verhoogt. De laatste twee risico's worden ook verhoogd door alcoholconsumptie van de man.
- Bij een gemiddeld consumptieniveau van minder dan één standaard glas per dag tijdens de zwangerschap zijn mogelijk de risico's van miskramen, foetale sterfte en vroeggeboorte verhoogd en is mogelijk sprake van een negatieve invloed op de psychomotorische ontwikkeling van het kind na de geboorte. De effecten worden sterker bij een hoger gemiddeld gebruik. Bij gebruik van zes standaard glazen of meer per dag is ook het risico verhoogd dat bij het kind aangeboren afwijkingen en de specifieke gelaatskenmerken van het Foetaal Alcohol Syndroom optreden.
- Na gebruik van één tot twee glazen alcohol tijdens de borstvoeding blijkt de zuigeling in de daarop volgende drie uren aanzienlijk minder te drinken en een verstoord slaap-waakpatroon te hebben.

Zwaar en langdurig alcoholgebruik door adolescenten is in verband gebracht met schadelijke effecten op de (ontwikkeling van de) hersenen (Verdurmen et al., 2006).

- Onderzoek laat vooral negatieve effecten zien op leren en geheugen.

- Bij jongeren met een indicatie voor alcoholmisbruik of afhankelijkheid zijn afwijkingen gevonden in de structuur en het volume van hersendelen, vergeleken met jongeren zonder alcoholproblematiek.
- Op basis van het huidige onderzoek kan niet met zekerheid worden vastgesteld of alcoholgebruik de (enige) oorzaak is. Resultaten van dierexperimenteel onderzoek wijzen echter wel op een oorzakelijk verband.

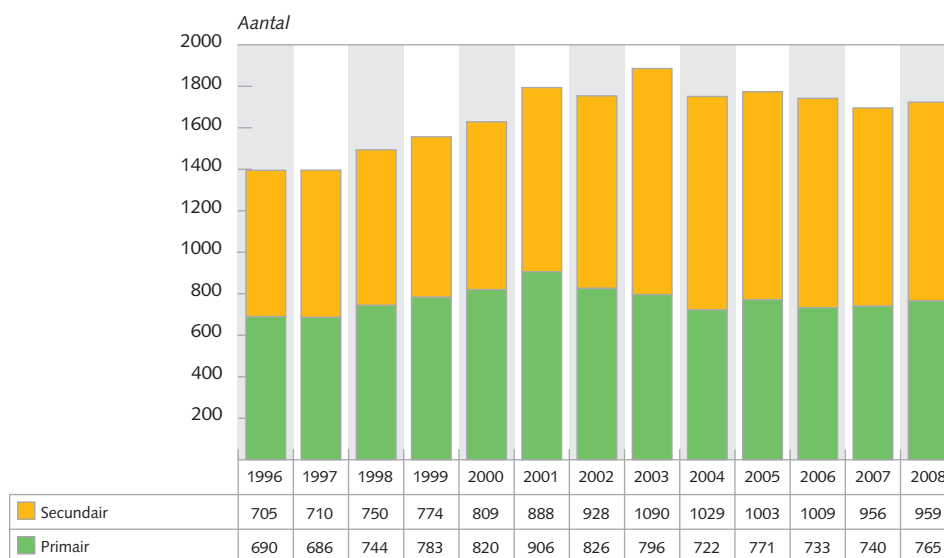
### **Sterfte**

Het totale aantal alcoholdoden vertoonde een stijgende lijn van 1996 tot en met 2003. In 2004 was een geringe daling waarneembaar en sindsdien blijft het aantal alcoholdoden stabiel.

- Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS stierven in 2008 in totaal 1 724 mensen door oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd, een stijging van bijna twee procent ten opzichte van 2007 (figuur 7.9).
- In 2008 stond alcohol in 44 procent van alle alcoholgerelateerde sterfgevallen als primaire doodsoorzaak genoemd; in 56 procent van de gevallen was alcoholgebruik de secundaire doodsoorzaak.
- Afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol vormden in 2008 de belangrijkste doodsoorzaak (61 %) binnen de alcoholgerelateerde sterfte, gevolgd door alcoholische leverziekten (34%).
- Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 55 tot en met 59 jaar (figuur 7.10). De meeste overledenen waren man (75%).
- De bijdrage van alcoholgebruik aan de sterfte wordt niet altijd herkend. Deze cijfers weerspiegelen daarom niet de hele werkelijkheid.
  - Op basis van epidemiologisch onderzoek wordt geschat dat vier tot zes procent van de sterfte aan kanker samenhangt met chronisch excessief alcoholgebruik. Dit zou betekenen dat er in 2008 tussen de 1 675 en 2 510 alcoholgerelateerde kankersterfgevallen zouden zijn geweest. Ter illustratie, in 2002 stonden 150 gevallen hiervoor geregistreerd (Van Leeuwen, 1999; Verdurmen et al., 2004).
  - Ook is het aannemelijk dat sterfte door alcoholongevallen en alcoholgerelateerde agressie niet volledig in deze cijfers zijn opgenomen.

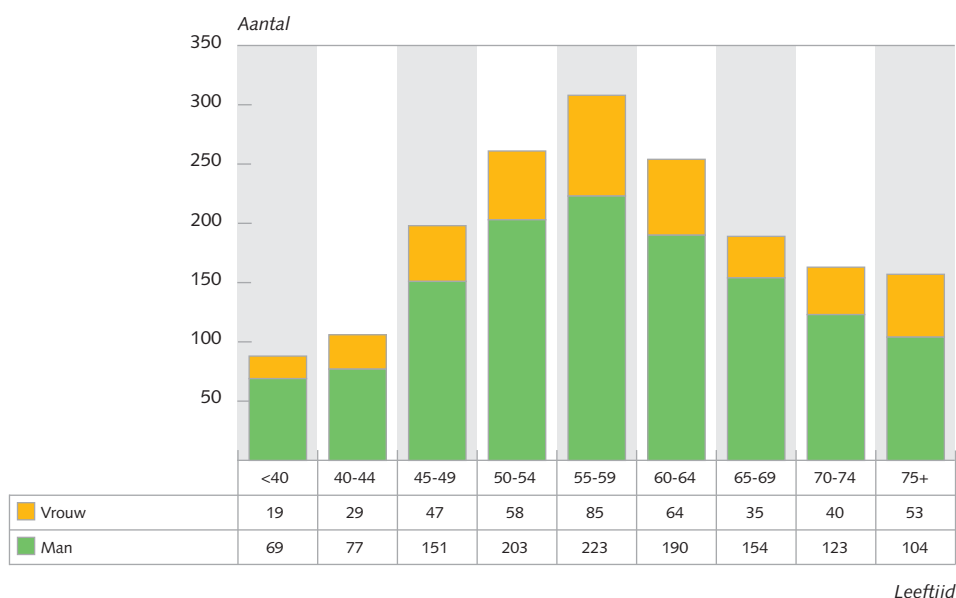


**Figuur 7.9 Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen, vanaf 1996**



Aantal sterftes: ICD-10 codes F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45\*, X65\*, Y15\*, T51.0-1 (\* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Primaire doodsoorzaak: de ziekte of de gebeurtenis waarmee het proces van gebeurtenissen die tot de dood leiden, in gang is gezet. Men spreekt hierbij wel van de onderliggende ziekte of het grondlijden. Secundaire doodsoorzaak: gevolgen of complicaties van de primaire doodsoorzaak, evenals andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

**Figuur 7.10 Sterfte door alcohol (primair en secundair) onder mannen en vrouwen per leeftijdsgroep. Peiljaar 2008**



Aantal sterfgevallen. ICD-10 codes: F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70.0-4, K70.9, K86.0, X45\*, X65\*, Y15\*, T51.0-1 (\* alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is). Voor een verklaring van de codes: zie bijlage C. Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

## 7.8 Aanbod en markt

Onderzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) toont aan dat schade door alcohol kan worden teruggedrongen door de prijs van alcoholische dranken te verhogen en de verkrijgbaarheid te verminderen (WHO, 2009). Alcohol is in Nederland echter wijd verkrijgbaar in levensmiddelenzaken, slijterijen en de horeca. Volgens de Drank- en Horecawet mogen aan jongeren beneden de zestien jaar geen zwak-alcoholhoudende dranken worden verkocht. Voor sterke drank geldt een grens van achttien jaar.

De mate waarin drinkende jongeren erin slagen om zelf hun drank illegaal in te kopen, wordt bepaald door twee factoren. In de eerste plaats hangt dit af van de mate waarin de jongeren een kooppoging doen. In de tweede plaats hangt dit af van de slaagkans om de illegale aankoop daadwerkelijk door te zetten zodra de jongeren een kooppoging hebben gestart.

- In 2007 deed 30 procent van de drinkende 13-jarigen en deed 46 procent van de drinkende 14- en 15-jarigen de afgelopen maand een poging om in een horecagelegenheid een zwak-alcoholhoudende drank te kopen (Kruize en Bieleman, 2008a).

- Van de drinkende jongeren van 13 tot en met 15 jaar had al met al 5 procent in de horeca, 1 procent in de slijterij en 5 procent in een levensmiddelenzaak een zwak-alcoholhoudende drank gekocht (tabel 7.10). Er is een dalende trend. In 2001 lagen deze percentages hoger, op 14, 1 en 13 procent.
- In 2007 heeft ongeveer de helft van de 13- tot en met 17-jarigen (49%) illegaal sterke drank besteld in een horecagelegenheid, ongeveer evenveel als in 2005 (48%), maar minder dan in 2001 (58%). Slechts twee en drie procent probeerde dat in 2007 en in 2005 in een slijterij; in 2001 was dat vier procent.
- De slaagkans blijft echter onverminderd hoog (85% of meer). Dat geldt zowel voor jongeren onder de 16 jaar om zwak-alcoholhoudende drank te kopen als jongeren onder de 18 jaar om sterke drank aan te schaffen. Er is geen verschil tussen ondernemingen. Alleen bij slijterijen is sprake van een daling in slaagkans van 91 procent in 2001 naar 68 procent in 2007.

**Tabel 7.10** Percentage van de alcoholdrinkende jongeren dat in de afgelopen maand onder de toegestane leeftijdsgrens van 16 jaar zwak-alcoholhoudende drank heeft gekocht bij verschillende verkooppunten. Peiljaren 2001 en 2007

Verkooppunt	13 jaar		14 en 15 jaar		Totaal	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Horeca	4%	1%	25%	11%	14%	5%
Slijterij	2%	1%	5%	2%	4%	1%
Levensmiddelenzaak	6%	2%	18%	9%	13%	5%

Percentage van de alcoholdrinkende jongeren. Bron: Intraval.

STAP, het onafhankelijk Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid, onderzoekt welke knelpunten zich voordoen bij het terugdringen en ontmoedigen van het alcoholgebruik bij jongeren. Recentelijk werden de volgende knelpunten geconstateerd:

- Websites van alcoholproducenten, met daarop reclame voor alcohol, zijn erg aantrekkelijk voor minderjarigen vooral als de websites interactief zijn. Ongeveer een op de vijf minderjarigen van twaalf tot en met zeventien jaar heeft ooit een website van een alcoholproducent bezocht. Op de websites zijn weliswaar leeftijdscontroles ingebouwd, maar in de praktijk houden deze de minderjarigen niet tegen om deze websites te bezoeken (STAP, 2009a).
- Via de sport worden minderjarigen op grote schaal geconfronteerd met alcoholreclame (STAP, 2009b).
- Door blootstelling aan alcoholreclame bij sportevenementen gaan minderjarigen positiever denken over alcoholgebruik (STAP, 2009c).

### Accijns

- Vanaf januari 2009 bedroeg de accijns voor een liter gedistilleerd (35 procent alcohol) 5,26 euro, voor een liter wijn 69 eurocent en voor een liter bier 25 eurocent (tabel 7.11).

- Voor een glas bier van 0,25 liter betekent dit zes eurocent, voor een glas wijn van 0,1 liter zeven eurocent en voor een glas gedistilleerd van 0,035 liter 18 eurocent.
- Lidstaten van de EU voeren een verschillend accijnsbeleid. De tarieven lopen sterk uiteen. Zo bedraagt voor een liter gedistilleerd met 35 volumepercent alcohol de accijns in Italië ongeveer drie euro tegen ongeveer achttien euro in Zweden (tabel 7.11).
- Zeven wijnproducerende landen heffen in het geheel geen accijns op wijn.
- Tabel 7.9 laat zien dat de Nederlandse accijnstarieven tot de middenmoot behoren.

**Tabel 7.11 Accijnstarieven op alcoholhoudende dranken in een aantal lidstaten van de Europese Unie. Peildatum juli 2009**

Lidstaat	Bier <sup>I</sup>	Wijn <sup>II</sup>	Gedistilleerd <sup>III</sup>
Zweden	17	222	1 804
Ierland	20	328	1 374
Finland	26	283	1 253
Verenigd Koninkrijk	21	270	981
Denemarken	7	82	704
België	2	47	613
Nederland	25	69	526
Frankrijk	1	3	515
Griekenland	1	0	458
Duitsland	1	0	456
Luxemburg	1	0	364
Portugal	9	0	350
Oostenrijk	2	0	350
Spanje	1	0	291
Italië	2	0	280

*Bedragen in euro per hectoliter consumptie. I. 5 volumepercent alcohol. II. 11 volumepercent alcohol. III. 35 volumepercent alcohol. Bronnen: Productschap Dranken (2008a); European Commission (2009a).*

## 8 Tabak

Tabak wordt gemaakt uit de gedroogde bladeren van de tabakspant (Nicotiana). Tabak wordt doorgaans gerookt in een sigaret, sigaar of pijp en zelden gesnoven of gepruimd.

Consumenten ervaren tabak als stimulerend (verbetering concentratievermogen) en rustgevend. Nicotine, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van tabak, is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik treedt gewenning op en tolerantie. Bij het inhaleren van tabaksrook komen verschillende stoffen vrij, zoals nicotine, teer en koolmonoxide en tal van andere producten die schadelijk zijn voor de gezondheid.

### 8.1 Laatste feiten en trends

De belangrijkste feiten en trends over tabak in dit hoofdstuk zijn:

- Tussen 2007 en 2008 is het percentage (zware) rokers in de algemene bevolking iets gedaald (§ 8.2).
- De gemiddelde verkoop van tabak per roker bleef tussen 2005 en 2007 op hetzelfde niveau, maar steeg licht in 2008 (§ 8.2).
- Het percentage scholieren van het regulier onderwijs dat ooit had gerookt daalde tussen 2003 en 2007. Het percentage actuele en dagelijkse rokers lijkt zich in deze periode te stabiliseren (§ 8.3).
- Scholieren van REC-4 scholen zijn vaker actueel roker en roken gemiddeld meer sigaretten per dag dan scholieren van het regulier voortgezet onderwijs (§ 8.3).
- Met het roken onder scholieren neemt Nederland een middenpositie in binnen de EU (§ 8.4).
- Het gebruik van ontwenningmiddelen als hulp bij stoppen met roken is tussen 2006 en 2008 gestegen (§ 8.5).
- De sterfte aan longkanker door roken neemt tussen 2003 en 2008 iets toe, vooral onder vrouwen (§ 8.6).
- De lichte daling tussen 2000 en 2005 in de totale sterfte in verband met roken heeft zich tussen 2005 en 2008 niet voortgezet (§ 8.6).

### 8.2 Gebruik: algemene bevolking

In de jaren zestig en zeventig was roken gebruikelijk, vooral onder mannen. Vanaf eind jaren zestig tot begin jaren negentig nam het percentage rokers flink af. De daling is daarna afgezwakt. Diverse peilingen meten het percentage rokers in de bevolking.

- Peilingen van het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) van STIVORO wijzen op een afvlakkende daling in het percentage rokers tussen 2004 en 2008 (tabel 8.1) (STIVORO, 2009a, 2009b).
  - Tussen 2007 en 2008 vond er onder Nederlanders van vijftien jaar en ouder nog een lichte daling plaats in het percentage rokers van 27,5 naar 26,7 procent.
  - In 2008 was 32 procent van de mensen van vijftien jaar en ouder een ex-roker en 41 procent had nooit gerookt.
  - Omgerekend naar de bevolking van vijftien jaar en ouder zijn er 3,6 miljoen mensen die roken.
  - De kloof tussen mannen en vrouwen is kleiner geworden (tabel 8.1). Vrouwen die roken, roken vrijwel evenveel als mannen die roken.
  - In de leeftijdsgroep van 50 tot en met 54 jaar is het percentage rokers het hoogst (figuur 8.1).
- In 1997, 2001 en 2005 vonden peilingen plaats naar het middelengebruik via het Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO) (Rodenburg et al., 2007).
  - Volgens het NPO is het percentage mensen in de bevolking van 15 tot en met 64 jaar dat ooit heeft gerookt gedaald van 70 procent in 1997 naar 62 procent in 2005. De daling was het grootst tussen 2001 en 2005.
  - Het aantal dagelijkse rokers daalde tussen 2001 en 2005 van 34 naar 27 procent. Deze cijfers wijken iets af van de TNS NIPO peilingen.

**Tabel 8.1 Rokers in Nederland onder mannen en vrouwen van 15 jaar en ouder, vanaf 1970**

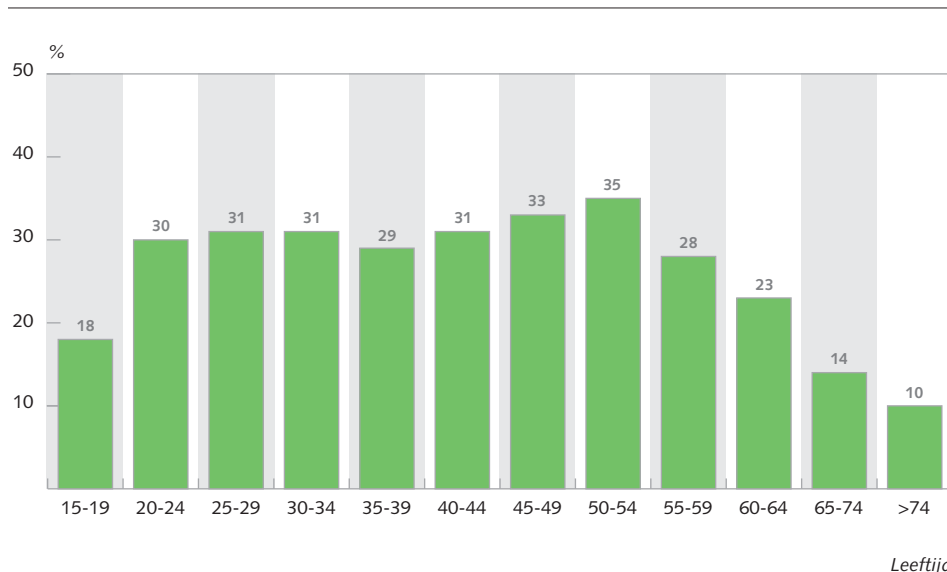
Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1970	75%	42%	59%
1975	66%	40%	53%
1980	52%	34%	43%
1985	43%	34%	39%
1990	39%	31%	35%
1995	39%	31%	35%
1996	39%	32%	35%
1997 <sup>I</sup>	36,7% <sup>I</sup>	30,3% <sup>I</sup>	33,4% <sup>I</sup>
1998	37,4%	30,1%	33,7%
1999	37,2%	30,6%	33,9%
2000	36,8%	29,3%	32,9%
2001 <sup>II</sup>	33,2% <sup>II</sup>	27,2% <sup>II</sup>	30,2% <sup>II</sup>
2002	34,0%	27,6%	30,7%
2003	32,8%	27,2%	29,9%
2004	30,8%	25,2%	27,9%
2005	31,1%	24,5%	27,7%
2006	31,4%	25,0%	28,2%
2007	30,5%	24,5%	27,5%
2008	29,8%	23,8%	26,7%

Percentage rokers. I. Vanaf 1997 zijn de percentages beschikbaar met één cijfer achter de komma.

II. In 2001 is de onderzoeksmethode gewijzigd: van een persoonlijk interview met een enquêteur thuis naar het invullen van een vragenlijst via modem of internet. Deze wijziging kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten. Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), STIVORO, TNS NIPO.

- Er is ook een dalende trend in het percentage vrouwen dat rookt rondom de zwangerschap: in 2003 rookte 11 procent van de zwangere vrouwen tegenover 21 procent in 1996 (Lanting et al., 2007).
- In het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010 is de doelstelling opgenomen om het percentage rokers in Nederland terug te dringen van 28 procent in 2005 naar 20 procent in 2010 (Tweede Kamer, 2006b).

**Figuur 8.1 Percentage rokers in Nederland naar leeftijdsgroep. Peiljaar 2008**



Bron: Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR), STIVORO, TNS NIPO.

Tegenover de vermindering van het aantal rokers stond in de jaren zeventig een toename van het verbruik van tabak per roker. Sinds de jaren tachtig schommelt het gemiddelde aantal dagelijks gerookte sigaretten of shagjes naar schatting rond de twintig, met een daling vanaf 2005 naar gemiddeld 18 per dag (STIVORO, 2008a).

- In 2008 gingen in Nederland ongeveer 25 miljard sigaretten en shagjes in rook op, een daling van ongeveer een miljard ten opzichte van 2007 (tabel 8.2).
- Shag heeft sinds 1990 meer aan populariteit ingeboet dan sigaretten.

Tabel 8.2 Verbruik van sigaretten en shag in Nederland, vanaf 1967

Jaar	Aantal sigaretten (miljard)	Aantal shagjes (miljard)	Totaal aantal (miljard)	Gemiddelde verkoop per roker per dag <sup>1</sup>
1967	16,6	9,1	25,7	12,9
1970	18,7	9,9	28,6	14,0
1975	23,9	13,1	37,0	18,6
1980	23,0	13,9	36,9	21,3
1985	16,3	17,9	34,1	20,7
1990	17,3	16,6	33,9	22,4
1995	17,2	14,4	31,6	20,1
2000	16,7	13,7	30,4	19,9
2001	16,3	12,4	28,7	20,1
2002	16,9	13,2	30,1	20,5
2003	17,0	13,1	30,1	20,9
2004	14,8	12,1	26,9	20,0
2005	13,5	11,1	24,6	18,3
2006	14,1	10,9	25,0	17,9
2007	15,2	10,8	26,0	18,3
2008	14,9	10,3	25,2	19,2

1. Gemiddeld aantal sigaretten of shagjes. Bron: STIVORO ([www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl)), CBS, Ministerie van Financiën.

### Zwaar roken

Een zware roker is een persoon die gemiddeld twintig of meer sigaretten en/of shagjes per dag rookt. Volgens het CBS is het percentage zware rokers de afgelopen jaren minder geworden, maar de daling tussen 2006 en 2007 was gering en stabiliseerde in 2008.

- In 2008 rookte 6,8 procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder twintig of meer sigaretten per dag (8% van de mannen en 5% van de vrouwen). Dit komt neer op bijna een miljoen zware rokers. In 2007 was het percentage zware rokers 6,7 procent, in 2006 was dit 7,2 procent, in 2005 7,7 procent en in 2001 was dit nog 9,8 procent (CBS, 2009a).
- Onder de rokers lag in 2008 het percentage zware rokers op 25 procent. In dit 2007 was dit 24 procent, maar in 2000 was nog 35 procent van de rokers een zware roker (CBS, 2009a).

### 8.3 Gebruik: jongeren

Het percentage jongeren dat rookt is de afgelopen jaren gedaald.

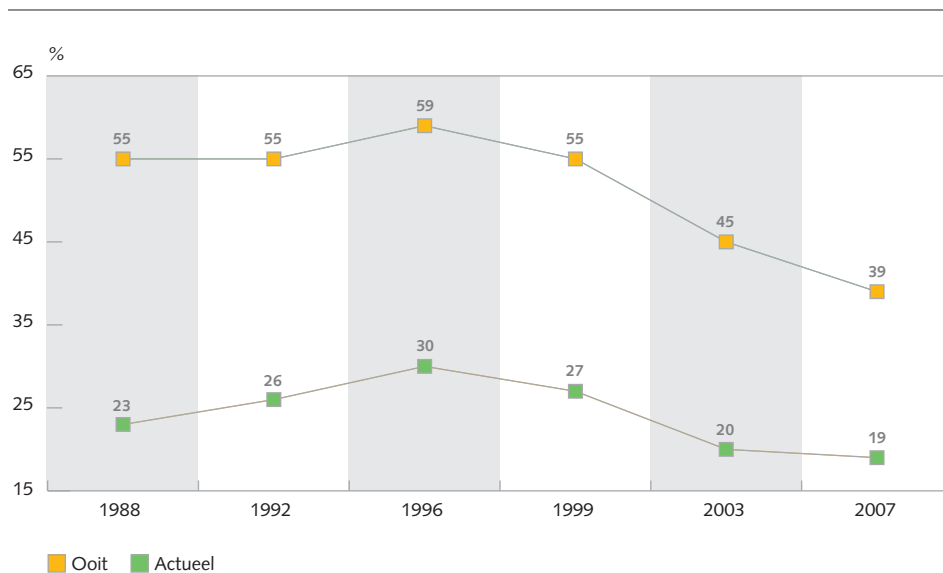
- Volgens het Peilstationsonderzoek daalde tussen 1996 en 2007 het percentage scholieren van het reguliere voortgezet onderwijs dat ooit had gerookt (figuur 8.2)



(Monshouwer et al., 2008). Het percentage leerlingen dat in de afgelopen maand nog had gerookt daalde tussen 1996 en 2003 en stabiliseerde in 2007.

- Volgens cijfers uit het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) van STIVORO bleef het percentage actuele rokers onder jongeren van 10 tot en met 19 jaar tussen 1992 en 2002 stabiel (tussen 27% en 31%). In 2004 en 2005 was het percentage actuele rokers in deze jongerengroep gedaald naar 23 procent, gevolgd door een verdere daling naar 21 procent in 2006. In 2007 en 2008 lag het percentage op 22 en 24 procent (STIVORO, 2008b).
- In 2009 had van de jongeren van 10 tot en met 19 jaar 60 procent nog nooit gerookt. Dit is een stijging met 10 procent ten opzichte van 1999, toen 50 procent van de jongeren nog nooit had gerookt (STIVORO, CBS, 2009e).

**Figuur 8.2 Roken onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, vanaf 1988**



Percentage rokers ooit in het leven en in de laatste maand voor de peiling (actueel).

Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

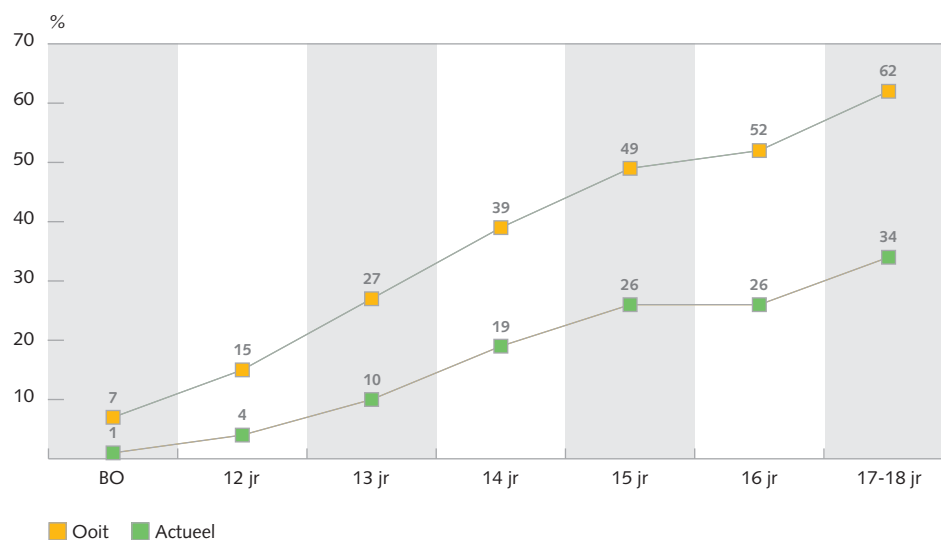
## Leeftijd en geslacht

Met roken wordt al vroeg begonnen.

- In 2007 had van de leerlingen van de twee hoogste groepen van de basisschool zeven procent ooit gerookt. Van leerlingen van 'reguliere' middelbare scholen had 39 procent ooit gerookt. Dit is een gemiddelde: het percentage stijgt met de leeftijd (figuur 8.3).
- Bijna een vijfde (19%) van de jongeren in het voortgezet onderwijs had de afgelopen maand nog gerookt.

- Ook deze percentages nemen toe met de leeftijd. In de hoogste leeftijdsgroepen (17 en 18 jaar) is ongeveer eenderde (34%) een actuele roker, tegenover vier procent van de twaalfjarigen en tien procent van de dertienjarigen.
- Ongeveer evenveel jongens (19%) als meisjes (18%) hadden in de afgelopen maand gerookt.

**Figuur 8.3 Roken naar leeftijd onder scholieren van 10 jaar en ouder. Peiljaar 2007**



Percentage rokers ooit in het leven en actueel (laatste maand). BO = basisonderwijs. Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut.

### Mate van roken

- Van de actuele rokers onder leerlingen is bekend hoeveel zij gemiddeld per dag hebben gerookt. Voor veertig procent is dat minder dan één sigaret en voor een vijfde van deze groep is dat meer dan tien sigaretten per dag.
- Zeven procent van alle scholieren rookte in 2007 dagelijks, ongeveer evenveel als in 2003. Tussen 1999 en 2003 deed zich een daling voor van dertien naar negen procent dagelijkse rokers.
- Ruim eenderde van de dagelijkse rokers (35%) rookte in 2007 meer dan tien sigaretten per dag.

### Speciaal onderwijs

Tabel 8.3 toont de percentages actuele rokers en de gemiddelde aantallen sigaretten per dag voor leerlingen van het speciaal onderwijs in vergelijking met leerlingen van het regulier onderwijs (Kepper et al., 2009).

- Het percentage leerlingen dat in de laatste maand heeft gerookt is veruit het hoogst

op REC-4 scholen. In de leeftijdsgroep 12-15 jaar is het percentage actuele rokers in het praktijkonderwijs en op het lwoo ook hoger vergeleken met het regulier onderwijs, maar lager dan op REC-4 scholen. Overigens maken leerlingen van de REC-4 scholen maar een tot twee procent uit van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs (zie bijlage F).

- Actuele rokers van REC-4 scholen roken gemiddeld per dag ook de meeste sigaretten.

**Tabel 8.3 Roken onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep**

Schooltype	Actuele rokers (%)			Gemiddeld aantal sigaretten per dag		
	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal						
REC-4 <sup>I</sup>	29%	47%	59%	11	13	14
Pro <sup>II</sup>	15%	31%	30%	7	9	11
Lwoo <sup>III</sup>	15%	30%	39%	5	11	11
Regulier	8%	22%	26%	3	6	6

Percentage actuele rokers (laatste maand) en gemiddeld aantal sigaretten per dag onder de actuele rokers.

Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008. Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007.

I. REC = Regionaal Expertise Centrum. II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht.

### Speciale groepen jongeren

Vergeleken met scholieren in het algemeen komt roken aanzienlijk meer voor onder probleemjongeren en uitgaande jongeren.

- In 2008 is op landelijk niveau het roken onder 12- tot en met 16-jarige jongeren in de residentiële jeugdzorg onderzocht (Kepper et al., 2009). Het percentage dat ooit gerookt had lag onder de 12- tot 13-jarigen, de 14- tot 15-jarigen en de 16-jarigen op respectievelijk 68, 89 en 84 procent. Het percentage actuele rokers lag in deze leeftijdsgroepen op respectievelijk 42, 70 en 75 procent. In deze leeftijdsgroepen rookten de actuele rokers gemiddeld 8, 11 en 14 sigaretten per dag.
- In 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van elf landelijk en regionaal georganiseerde grootschalige party's (Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam, 2010).
  - Vijf van de tien bezoekers (51%) was een actuele roker.
- In hetzelfde onderzoek in 2008/2009 is het middelengebruik onder bezoekers van clubs en discotheken onderzocht in (middel)grote gemeenten in vijf regio's van Nederland: de regio Noord (Friesland, Groningen, Drenthe), Oost (Overijssel, Gelderland), Midden (Flevoland, Utrecht), West (Noord- en Zuid-Holland), en Zuid (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg).
  - Het percentage actuele rokers lag het hoogst in de regio West (54%), gevolgd door de regio's Noord (51%), Zuid (50%), Oost (47%) en Midden (46%), maar deze verschillen waren niet statistisch significant.

- Op basis van deze regionale gegevens zal ook een landelijke schatting van het middelengebruik onder clubbezoekers worden gemaakt. Deze gegevens zijn voor dit jaarbericht nog niet beschikbaar, maar zullen in de eindrapportage van het uitgaansonderzoek worden opgenomen.
- In 2008 had 81 procent van de bezoekers van trendy clubs in Amsterdam ooit gerookt en was 61 procent een actuele roker (Benschop et al., 2009). In 2003 was nog maar 55 procent van de clubbezoekers een actuele roker. In deze periode daalde het percentage dagelijkse rokers echter van 38 naar 30 procent. Gemiddeld roken de actuele rokers negen sigaretten op een dag.

## 8.4 Gebruik: internationale vergelijking

### Algemene bevolking

In opdracht van de Europese Commissie heeft de Flash Eurobarometer in 2008 het percentage rokers gepeild in de lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. In de bevolking van 15 jaar en ouder werd gekeken naar het percentage dat dagelijks rookt en het percentage dat soms rookt, maar niet dagelijks. Deze percentages verschillen sterk tussen de lidstaten (tabel 8.4) (Gallup Organization, 2009).

- Van de EU-15 en Noorwegen scoort Griekenland het hoogst met 42 procent rokers, waar van 35 procent dagelijks rookt en 7 procent soms. Zweden scoort het laagst met 25 procent rokers, waar van 18 procent dagelijks rookt en 7 procent soms. Nederland bevindt zich in de middenmoot.
- In alle landen van de EU-15 en Noorwegen is het percentage dat dagelijks rookt groter dan het percentage dat soms rookt. Gemiddeld is over deze zestien landen het percentage dat dagelijks rookt vijfmaal zo groot als het percentage dat soms rookt.
- In de zestien landen van de EU-15 en Noorwegen ligt het percentage dat ooit rookte maar daarmee is gestopt het hoogst in Nederland (29,2%) gevolgd door Zweden (28,5%). Dit percentage stoppers ligt het laagst in Portugal (16,0%).
- In de EU-27 rookt in 2008 van de mannen van 15 jaar en ouder 38 procent, tegenover 26 procent van de vrouwen. Van de mannen rookt 32 procent dagelijks en 6 procent soms. Van de vrouwen rookt 21 procent dagelijks en 5 procent soms.

Tabel 8.4 Rokers in de EU-15 en Noorwegen van 15 jaar en ouder. Peiljaar 2008

Land	Dagelijks	Soms	Totaal
Griekenland	34,7	7,4	42,1
Denemarken	29,0	5,2	34,2
Frankrijk	28,3	5,9	34,2
Oostenrijk	25,7	8,1	33,8
Duitsland	27,3	5,5	32,8
Spanje	27,4	4,1	31,5
Ierland	24,6	4,2	28,8
Luxemburg	24,2	4,6	28,8
Italië	25,6	3,0	28,6
Nederland	24,2	3,8	28,0
Noorwegen	20,7	7,2	27,9
Verenigd Koninkrijk	22,8	4,9	27,7
België	23,7	2,5	26,2
Portugal	22,0	4,0	26,0
Finland	18,9	6,0	24,9
Zweden	17,5	7,0	24,5

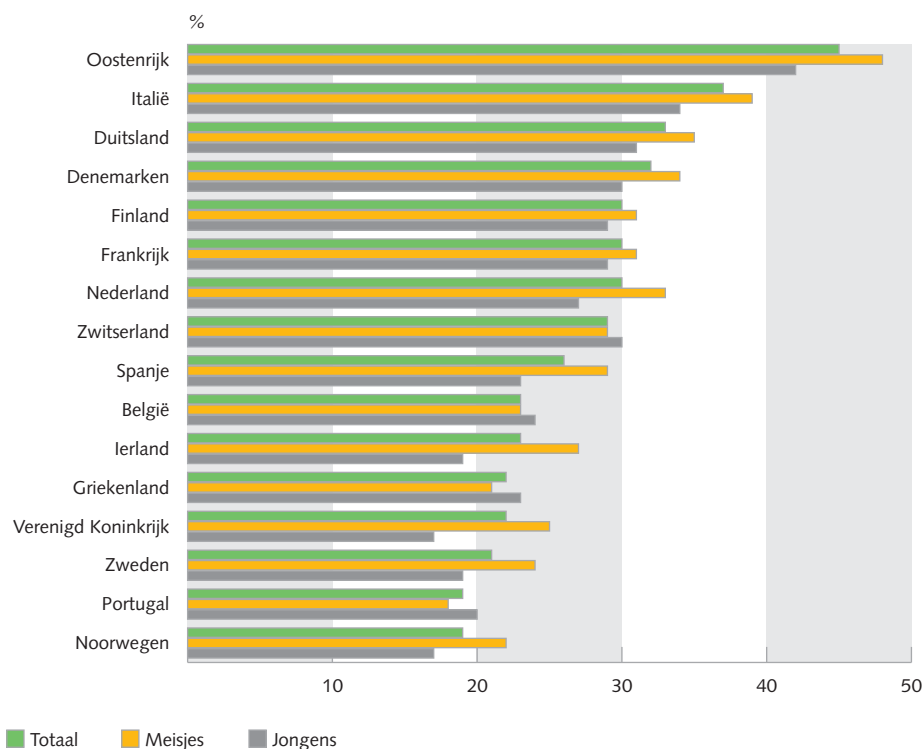
Percentage rokers. Dagelijks roken telt niet mee bij soms roken, percentages mogen worden opgeteld. Bron: Flash Eurobarometer, Europese Commissie, Gallup Organization.

### Jongeren

Het ESPAD onderzoek in 2007 (zie bijlage B) maakt een vergelijking mogelijk van het rookgedrag van vijftien- en zestienjarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa. Figuur 8.4 geeft voor 14 EU-lidstaten, Noorwegen en Zwitserland gegevens over het percentage actuele rokers (Hibell et al., 2009).

- Van de vergeleken landen telt Oostenrijk de meeste en tellen Portugal en Noorwegen de minste rokers onder scholieren van het middelbaar onderwijs.
- Nederland neemt een middenpositie in.
- In de meeste landen roken meer meisjes dan jongens.
- Bijna een kwart van de Nederlandse scholieren (24%) zegt veertig keer of meer in het leven te hebben gerookt. Dit percentage varieert van 12 procent in Portugal tot 35 procent in Oostenrijk.

**Figuur 8.4 Rokers onder leerlingen van 15 en 16 jaar van het voortgezet onderwijs in enkele lidstaten van de Europese Unie, Noorwegen en Zwitserland. Peiljaar 2007**



Percentage dat de afgelopen maand heeft gerookt. Bron: ESPAD.

## 8.5 Hulpvraag

Bij de hulpvraag voor tabaksverslaving gaat het in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de huisarts. De verslavingszorg biedt soms stopprogramma's aan, maar niet op grote schaal.

- Van de rokers die in 2008 een stoppoging hebben gedaan, doet bijna de helft (47%) dit zonder enig hulpmiddel. De rest volgt cursussen, vraagt de huisarts om advies, gebruikt ontwenningmiddelen (nicotinepleisters, nicotinekauwgom, of de geneesmiddelen Zyban<sup>®</sup> of Champix<sup>®</sup>, ondergaat acupunctuur of hypnose, of past een andere methode toe. De voornaamste reden om een stoppoging te doen is bezorgdheid om de eigen gezondheid (STIVORO, 2009a).
- Het gebruik van ontwenningmiddelen is gestegen. De markt van de nicotinevervangers – pleisters, kauwgom en tabletten – steeg van ongeveer 14,8 miljoen euro over het kalenderjaar 2007 naar bijna 16,3 miljoen over 2008 (IMS Health, 2009).

Zyban® werd in 2007 nog 48 duizend maal verstrekt, een stijging van ruim 6 procent ten opzichte van 2006. De nieuwe antirookpil Champix® die in maart 2007 op de Nederlandse markt kwam, werd op het einde van dat jaar evenveel voorgeschreven als Zyban® (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2008).

- De Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken (MIS) is een effectief gebleken protocol waarmee huisartsen, verpleegkundigen en cardiologen rokende patiënten kunnen stimuleren om te stoppen met roken (Bolman et al., 2004). De toepassing van de MIS door verloskundigen leidt tot een significante afname van roken bij zwangere vrouwen (De Vries et al., 2006). De adoptie en de implementatie van de MIS door verpleegafdelingen cardiologie en verloskunde kan nog aanmerkelijk worden verbeterd (Segaar, 2006).
- Eind 2004 verscheen een officiële CBO-richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving. In deze richtlijn wordt de aanpak van rokende patiënten in de medische praktijk besproken en wordt de effectiviteit van diverse behandelingen beschreven (CBO, 2004; Van Weel et al., 2005).
- In 2007 werd de NHG-Standaard Stoppen met roken gepubliceerd. Deze NHG-Standaard voor de huisartsenpraktijk is een bewerking van de CBO-richtlijn en bouwt voort op de Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk (H-MIS) (Chavannes et al., 2007). In april 2009 heeft het College voor Zorgverzekeringen het advies uitgebracht om per 2010 het integrale stoppen-met-roken programma in de zorgverzekering op te nemen (Kroes en Mastenbroek, 2009). Inmiddels is de MIS omgevormd tot een meer aanbieder onafhankelijke interventie: de STIMEDIC® stoppen met roken methode ([www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl)).
- Eind 2009 zal de zorgmodule Stoppen met Roken klaar zijn. Deze zorgmodule wordt aangeboden als onderdeel van de ziektespecifieke zorgstandaarden waar stoppen met roken van toepassing is, of als op zichzelf staande zorg voor iedereen die wil stoppen met roken.

Ook het Adviescentrum van STIVORO ondersteunt mensen die willen stoppen met roken.

- De campagne 'In iedere roker zit een stopper' liep van eind april 2008 tot eind januari 2009. Deze campagne stond in verband met de invoering van een rookvrije horeca per 1 juli 2008. Tijdens deze campagne hebben 1,4 miljoen rokers een stoppoging ondernomen. Door het gebruik van intermediairs is ook de Turkse doelgroep bereikt (STIVORO, 2009a).
- Sinds medio 2008 wordt via het interactieve internetprogramma De Stopsite gratis hulp geboden aan mensen die willen stoppen met roken. Binnen een half jaar hebben al 2 600 personen van dit aanbod gebruik gemaakt.
- Het aantal telefonische coachingsgesprekken steeg van 703 in 2007 naar 950 in 2008.
- Het percentage stoppogingen zonder gebruik van hulpmiddelen is tussen 1992 en 2008 stabiel gebleven rond de 70 procent, evenals het percentage (ex-)rokers dat een hulpmiddel gebruikte bij een stoppoging (gemiddeld 23 procent) (De Korte et al., 2008).

- Voor groepen met een lage sociaaleconomische status (SES) zijn de volgende stoppen-met-roken maatregelen effectief of mogelijk effectief gebleken: gratis ondersteuning, telefonische counseling, stoppen-met-roken ondersteuning op de werkplek, massamediale campagnes, schoolprogramma's en maatregelen gericht op zwangere vrouwen (Tariq et al., 2009).

Van een andere orde is het beroep op de gezondheidszorg vanwege aandoeningen die worden veroorzaakt of verergerd door roken.

- Voor het jaar 2005 wordt geschat dat er ongeveer negentig duizend klinische ziekenhuisopnamen plaatsvonden onder mensen van 35 jaar en ouder vanwege rokinggerelateerde ziektes (Cruts et al., 2008a).
- Dit is ongeveer 7,5 procent van het totale aantal ziekenhuisopnames in deze leeftijdsgroep.
- Kanker van de luchtwegen, hartziekten en chronische luchtwegobstructie kwamen het meest voor als reden voor opname.

## 8.6 Ziekte en sterfte

### Ziekte

Roken wordt in verband gebracht met hart- en vaatziekten, longziekten en kanker.

- Uit tabel 8.5 blijkt dat longkanker, COPD, slokdarmkanker, strottenhoofdanker en mondholtekanker overwegend door roken worden veroorzaakt. Zo veroorzaakte in 2007 het roken 91 procent van de gevallen van longkanker bij de mannen en 73 procent van de longkankergevallen bij de vrouwen.
- Onderzoek van de Universiteit Maastricht en de GGD Zuid-Limburg laat zien dat de daling in roken onder jongeren (zie § 7.3) in de toekomst heel wat gevallen van rookgerelateerde ziekten kan voorkómen (Gielkens-Sijstermans et al., 2009). In 1996 was 22 procent van de tweedeklassers van het voortgezet onderwijs (gemiddeld 13 jaar) in Zuidoost Nederland een actuele roker, in 2005 was dat nog maar 8 procent. Onder de aanname dat zij later niet alsnog starten met roken is berekend dat onder de dertienjarigen in 2005 op latere leeftijd naar schatting maximaal 11 500 minder gevallen van COPD, 3 400 minder gevallen van longkanker en 1 800 minder hartaanvallen optreden in vergelijking met dertienjarigen in 1996.
- Recent zijn er duidelijke aanwijzingen gevonden dat roken ook de kans op dementie vergroot (Reitz et al., 2007).
- Een onderzoek onder Nederlandse mannen toont aan dat door het roken van sigaretten de levensverwachting daalt met bijna zeven jaar bij gemiddeld roken en met bijna negen jaar bij zwaar roken. Bovendien veroorzaakt het roken van sigaretten bijna zes jaar van ziekte (Streppel et al., 2007).
- Een recente studie toont aan dat, van de vele vermijdbare risico's die invloed hebben op de gezondheid, het roken de meeste doden tot gevolg heeft (Danaei et al., 2009).
- Ook passief roken kan diverse ziekten veroorzaken.



- Mensen die zelf niet roken, maar regelmatig meeroken met een rokende partner, hebben een verhoogde kans op longkanker. Bij passief rokende vrouwen is een verhoogd risico op longkanker gevonden van 20 procent en bij passief rokende mannen een verhoogd risico op longkanker van 30 procent (Kawachi, 2005).
- Naast longkanker verhoogt meeroken het risico op andere ziekten van de ademhalingswegen zoals astma en bronchitis. Ook is er een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en hersenbloedingen (Peters, 2007). De kans op een acuut hartinfarct neemt met 15 procent toe door meer dan één uur per week passief mee te roken (Teo et al., 2006).
- Recent onderzoek toont aan dat in regio's waar een rookverbod in publieke ruimten geldt het aantal acute hartinfarcten als gevolg van passief roken al na één jaar met 17 procent is afgenomen (Meyers et al., 2009; Lightwood en Glantz, 2009).
- Kinderen lopen door passief roken een verhoogd risico op infecties van de ademhalingswegen en op middenoorontsteking. Kinderen van een rokende moeder lopen een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap, vroeggeboorte, laag geboortegewicht, hogere bloeddruk en hoger cholesterolgehalte (Kawachi, 2005; Peters, 2007; Teo et al., 2006; Van Schooten en Godschalk, 2005). Ook het passief roken door de moeder tijdens de zwangerschap kan leiden tot een lager geboortegewicht bij het kind (Van Schooten en Godschalk, 2005).

### **Sterfte**

Roken is in Nederland de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte.

- In 2008 overleden in Nederland 19 357 mensen van 20 jaar en ouder aan de directe gevolgen van roken (tabel 8.5), ongeveer even veel als in 2007. Tussen 2000 en 2005 deed zich een lichte daling voor in de sterfte door roken (van 20 718 naar 18 907), maar deze trend heeft zich tussen 2005 en 2008 niet voortgezet. Per 100 duizend inwoners van 20 jaar en ouder bedroeg de totale sterfte door roken 155 sterfgevallen in 2008; in 2000 was dat 173 sterfgevallen.
- Van alle sterfgevallen in Nederland bij mensen van 20 jaar en ouder was in 2008 14 procent direct te wijten aan roken (20% bij de mannen en 9% bij de vrouwen).
- De werkelijke sterfte die gerelateerd is aan roken ligt hoger, omdat het effect van passief roken nog niet is verdisconteerd. De jaarlijkse sterfte door meeroken wordt geschat op enkele duizenden gevallen door hartaandoeningen, enkele honderden gevallen door longkanker en een tiental gevallen van wiegendood (Hofhuis en Merkus, 2005).

Tabel 8.5 Sterfgevallen wegens enkele aandoeningen onder mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder. Peiljaar 2008<sup>1</sup>

Aandoening	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6 386	3 531	5 823 (91,2%)	2 591 (73,4%)
COPD	3 506	2 775	2 959 (84,4%)	1 902 (68,5%)
Coronaire hartziekten	6 480	4 905	1 786 (27,6%)	601 (12,3%)
Beroerte (CVA)	3 610	5 781	732 (20,3%)	525 (9,1%)
Hartfalen	2 503	4 206	449 (17,9%)	223 (5,3%)
Slokdarmkanker	1 131	427	898 (79,4%)	267 (65,5%)
Strottehoofdkanker	154	42	124 (80,5%)	35 (83,3%)
Mondholtekanker	375	178	346 (92,3%)	96 (53,9%)
Totaal <sup>1</sup>	24 145	21 715	13 117 (54,3%)	6 240 (28,7%)

1. Per aandoening eerst afgerond op hele aantallen en vervolgens opgeteld. Bron: RIVM.

Door de terugloop van het roken onder mannen tussen 1960 en 1990 daalde de sterfte aan longkanker onder mannen vanaf het midden van de jaren tachtig. Onder vrouwen, die juist meer zijn gaan roken, is de trend omgekeerd (tabel 8.6).

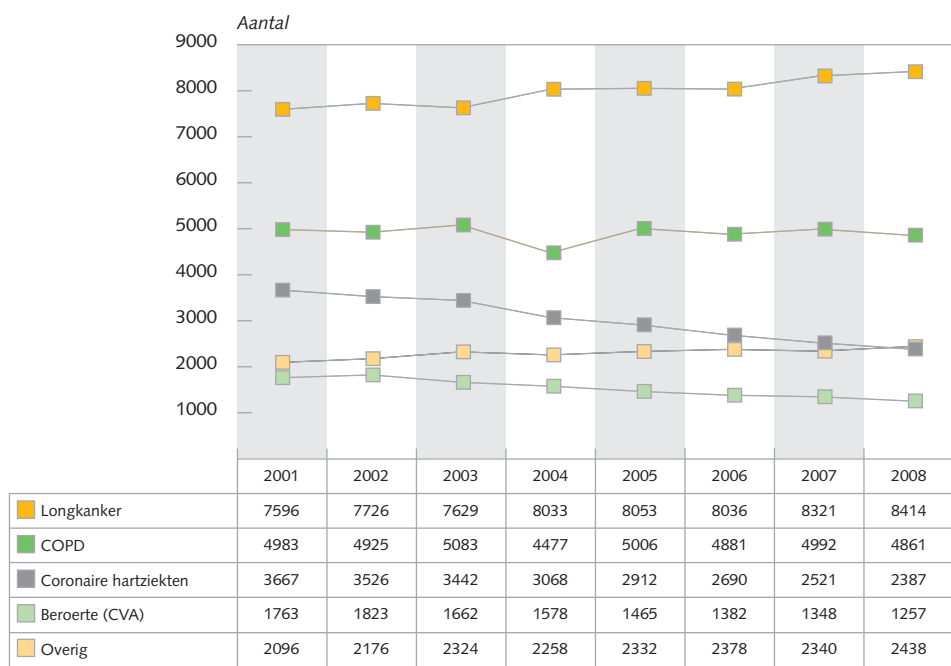
- De stijgende lijn van sterfte aan longkanker bij vrouwen zal zich nog enige tientallen jaren doorzetten (Bonneux et al., 2003).
- De daling tot 2003 onder mannen zette zich in de jaren daarna niet voort. Vanaf 2007 is er weer een lichte stijging.
- De tegengestelde trends onder mannen en vrouwen houden elkaar in evenwicht. Daardoor is de totale sterfte aan longkanker al jarenlang vrij stabiel, al doet zich de afgelopen jaren een lichte stijging voor.
- Figuur 8.5 laat zien dat de sterfte aan COPD en overige aandoeningen door roken stabiliseert.
- De sterfte aan coronaire hartziekten en beroerte door roken laat een dalende trend zien.

**Tabel 8.6 Sterfte aan longkanker als primaire doodsoorzaak onder mensen van vijftien jaar en ouder, vanaf 1985. Aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners**

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1985	127	16	71
1986	130	17	72
1987	127	17	71
1988	128	19	72
1989	123	20	70
1990	117	20	67
1991	118	20	68
1992	117	22	69
1993	115	24	69
1994	113	26	68
1995	112	27	69
1996	109	28	68
1997	108	29	68
1998	106	30	68
1999	105	33	68
2000	99	34	66
2001	100	35	67
2002	96	39	68
2003	95	40	67
2004	99	42	70
2005	97	45	71
2006	95	47	71
2007	97	50	73
2008	97	51	74

Aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners. Van 1985-1996: ICD-9 code 162, vanaf 1996: ICD-10 codes C33-34 (zie bijlage C). Bron: Doodsoorzakenstatistiek, CBS.

Figuur 8.5 Sterfte door roken voor enkele aandoeningen onder mensen van 20 jaar en ouder, vanaf 2001



Aantal sterfgevallen door roken. Overige aandoeningen zijn: mondholtekanker, strottehoofdtkanker, slokdarmkanker en hartfalen. Bron: RIVM, CBS.

## 8.7 Aanbod en markt

### Verkrijgbaarheid van tabak

Het marktaandeel van de diverse verkoopkanalen verschilt voor sigaretten, sigaren en shag en pijptabak (Hoofdbedrijfschap Detailhandel, 2009).

- In 2008 werd 39 procent van de sigaretten verkocht in supermarkten, 29 procent in pompshops, 19 procent in tabaks- en gemakzaken, 5 procent in de horeca en 8 procent in overige verkoopkanalen.
- Sigaren werden voor 35 procent verkocht in pompshops, 30 procent in tabaks- en gemakzaken, 24 procent in supermarkten, 2 procent in de horeca en 9 procent in overige verkoopkanalen.
- De verkoop van shag en pijptabak vond voor 51 procent plaats in de supermarkten, 20 procent in tabaks- en gemakzaken, 20 procent in de pompshops, 3 procent in de horeca en 7 procent in overige verkoopkanalen.

Sinds 1 januari 2003 is het volgens de gewijzigde Tabakswet verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar.

- Het aantal geënquêteerde jongeren tussen de dertien en vijftien jaar dat wel eens tabaksproducten koopt daalde tussen 1999 en 2005 van 26 naar 9 procent, maar steeg in 2007 naar 10 procent (Kruize en Bieleman, 2008b).
- De jongeren doen bestelpogingen voor tabaksproducten bij vier soorten ondernemingen: tabaksspeciaalzaak, levensmiddelenzaak, pompstation en sigarettenautomaat. Tabaksproducten worden in afnemende mate bij levensmiddelenzaken (4%), bij pompstations (5%) en uit sigarettenautomaten (3 %) gekocht, maar in meerdere mate bij tabaksspecialzaken (7%).
- De kans dat een jongere onder de zestien jaar er in slaagt tabaksproducten te kopen ligt in 2007, evenals in de voorafgaande jaren op bijna 90 procent of hoger. Desondanks beweert 97 procent van de ondernemers dat zij nooit tabaksproducten aan jongeren onder de 16 jaar verkopen.
- Al met al is het verkoopverbod aan minderjarigen waarschijnlijk effectief geweest doordat minder jongeren zijn gaan roken en de niet rokers minder vaak tabak zijn gaan kopen (Verdonk-Kleinjan, et al. 2008).

Op 1 januari 2004 is aan de Tabakswet een artikel toegevoegd dat het werkgevers verplicht om werknemers te beschermen tegen de tabaksrook van anderen.

- Het percentage bedrijven dat beweert het rookverbod correct te hebben ingevoerd steeg tussen 2004 en 2008 van 76 naar 95 procent (Intraval, 2009).
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de invoering van het rookverbod daalde in deze periode van 23 naar 12 procent.
- Het percentage bedrijven dat knelpunten ervoer bij de handhaving van het rookverbod daalde in deze periode van 15 naar 4 procent.

### **Accijns**

- In juli 2009 kostte een pakje van 19 sigaretten in de meest populaire prijsklasse 4,60 euro. Omgerekend is dit 6,05 euro voor 25 sigaretten, waarvan 3,45 euro accijns en 0,97 euro BTW (tabel 8.7). Een pakje shag van vijftig gram kostte 5,50 euro, waarvan 2,48 euro accijns en 0,88 euro BTW.

Tabel 8.7 Prijzen en belastingdruk op sigaretten, vanaf 1970. Peildatum juli 2009

Jaar	Prijs	Belastingdruk	Belastingdruk in %
1970	0,86	0,60	69%
1975	1,02	0,68	67%
1980	1,36	0,98	72%
1985	1,88	1,35	72%
1990	1,97	1,37	70%
1995	2,56	1,84	72%
1996	2,61	1,87	72%
1997	2,79	2,01	72%
1998	2,93	2,11	72%
1999	3,04	2,19	72%
2000	3,15	2,27	72%
2001	3,43	2,50	73%
2002	3,54	2,58	73%
2003	3,54	2,63	74%
2004	4,60	3,36	73%
2005	4,60	3,36	73%
2006	5,00	3,65	73%
2007	5,00	3,65	73%
2009	6,05	4,42	73%

Prijs en belastingdruk in euro per pakje van (omgerekend) 25 stuks. Belastingdruk bevat accijnsdruk en BTW.  
Bron: European Commission (2009b).

### **Internationale vergelijking**

De belastingdruk op tabaksproducten verschilt sterk tussen de lidstaten van de Europese Unie.

- In de EU-15 ligt het accijns tarief het hoogst in het Ierland en het laagst in Griekenland (tabel 8.8). Nederland neemt een middenpositie in.

**Tabel 8.8 Prijzen en belastingdruk op sigaretten in enkele lidstaten van de Europese Unie.**  
**Peildatum juli 2009**

Land	Prijs	Accijns	BTW	Accijns+BTW
Ierland	10,56	6,51	1,46	7,97
Verenigd Koninkrijk	9,23	5,82	1,20	7,02
Frankrijk	6,63	4,24	1,09	5,33
Zweden	6,30	3,97	1,26	5,23
Nederland	6,05	3,45	0,97	4,42
België	5,90	3,49	1,02	4,51
Duitsland	5,88	3,52	0,94	4,46
Finland	5,50	3,24	0,99	4,23
Denemarken	5,36	2,86	1,07	3,94
Italië	4,63	2,71	0,77	3,48
Oostenrijk	4,50	2,60	0,75	3,35
Luxemburg	4,30	2,48	0,56	3,04
Portugal	4,25	2,62	0,71	3,33
Spanje	3,75	2,39	0,52	2,91
Griekenland	3,75	2,16	0,60	2,76

*Prijs, accijns en BTW in euro per pakje van (omgerekend) 25 sigaretten. Bron: European Commission (2009b).*





## 9 Druggerelateerde criminaliteit

Dit hoofdstuk laat de ontwikkelingen zien in de delicten tegen de Opiumwet - inclusief georganiseerde drugscriminaliteit en handel in precursoren voor drugsproductie - voor zover die is geregistreerd door politie en justitie of is gerapporteerd in wetenschappelijk onderzoek.

In de Opiumwet zijn smokkel, productie, teelt, handel en aanwezig hebben ('bezit') van drugs strafbaar gesteld. Het vervolgingsbeleid richt zich vooral op de productie en handel van drugs. Aan opsporing van kleine hoeveelheden drugs voor eigen gebruik is lage opsporingsprioriteit toegekend. Als een persoon een kleine hoeveelheid voor eigen gebruik in bezit heeft (vijf gram/vijf planten van cannabis en een halve gram of één pil/capsule van een harddrug) wordt die in beslag genomen en bijvoorbeeld bij party's wordt ook de toegang ontzegd, maar er volgt in principe geen inverzekeringstelling of vervolging. Bij bezit van grotere hoeveelheden wordt ook proces-verbaal opgemaakt en hoort inverzekeringstelling en vervolging tot de (mogelijke) aanpak. Voor de strafmaat telt mee of het gaat om 'grote hoeveelheden' van een drug. Deze zijn gedefinieerd als: 500 gram cannabis, 200 cannabisplanten of 500 eenheden van elke andere drug die als softdrug te boek staat; wat betreft harddrugs gaat het om meer dan de boven genoemde hoeveelheden voor eigen gebruik.<sup>5</sup> Bij het vaststellen van het delict 'beroepsmatig telen' van cannabis wordt gekeken naar de hoeveelheid planten – dat moeten er meer dan vijf zijn –, de mate van professionaliteit en de rol van de verdachte.<sup>6</sup> Hallucinogene paddestoelen (gedroogd en vers) vallen sinds december 2008 onder de Opiumwet. Ze zijn als 'softdrug' geïnclassificeerd.

Na de samenvatting van de laatste feiten en trends in § 9.1 wordt in § 9.2 gerapporteerd over (1) opsporingsonderzoeken naar georganiseerde drugscriminaliteit, (2) ontmantelingen van drugsproductielocaties, (3) door politie en Koninklijke Marechaussee (KMar) geverbaliseerde verdachten, (4) afdoeningen door het Openbaar Ministerie en de Rechter, (5) recidive in zaken van drugssmokkel, -handel, -productie en -bezit. Hierbij wordt de strafrechtshetel gevolgd. Er wordt kort gerapporteerd over (6) Nederland in internationaal perspectief.

De informatie is afkomstig uit registraties van politie, Openbaar Ministerie en Justitiële Documentatie, de Recidivemonitor van het WODC en recent wetenschappelijk onderzoek. Bij de registratiecijfers past de kanttekening dat deze geen zicht kunnen geven op de totale drugscriminaliteit, omdat de criminaliteit die niet bekend wordt bij justitiële instanties of die niet geregistreerd wordt buiten beeld blijft. Bovendien weerspiegelen

5 Stc 2000/250: Staatscourant 27 december 2000 nr.250, 2000; Stb 2006 nr. 416: Staatsblad 21 september 2006, nr. 416, 2006; Opiumwet, 2010: [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl).

6 Openbaar Ministerie, 2000: Aanwijzing Opiumwet.

de registratiecijfers over drugsdelicten altijd ook de opsporingsprioriteiten en de capaciteit van opsporingsdiensten. De registraties zijn soms incompleet of niet vergelijkbaar over jaren heen. Dit alles noopt tot voorzichtigheid bij het trekken van conclusies over trends. Registratiesystemen worden regelmatig aangepast en verbeterd. Gerapporteerd worden hier de meest recente updates. Wat betreft verdachten bij politie en KMar en afdoeningen door de rechter gaan de updates tot en met 2007, voor het overige tot en met 2008.

De volgende ontwikkelingen in opsporing en drugswetgeving zijn relevant als achtergrond bij de cijfers:

- De handel in en smokkel van heroïne en cocaïne, de productie van en de handel in synthetische drugs en de georganiseerde hennepeteelt zijn onderdeel van het programma Versterking Aanpak Georganiseerde Criminaliteit.<sup>7</sup> Ze zijn door het Korps Landelijke Politiediensten in 2008 gekwalificeerd als dreiging voor de Nederlandse samenleving en krijgen opsporingsprioriteit in de periode 2008-2012 (Boerman, Grapendaal en Mooij, 2008).
- De verhoogde inspanningen uit het 'Plan van aanpak drugssmokkel Schiphol' zijn sinds 2006 structureel, die tegen ecstasy (uit 'Samenspannen tegen XTC') sinds 2007.
- De intensivering van de aanpak van de hennepeteelt loopt nog steeds. De benadering is in 2006 versterkt en er loopt momenteel een pilot ter bestrijding van zware en georganiseerde criminaliteit achter de hennepeteelt.<sup>8</sup>
- In 2007 is artikel 13b van de Opiumwet verruimd, waardoor panden waar drugs-handel plaatsvindt gesloten kunnen worden door de burgemeester, zonder dat er sprake is van verstoring van de openbare orde.

## 9.1 Laatste feiten en trends

- Het algemene beeld over 2007 en 2008 is dat van lichte dalingen van de bij justitie ingestroomde en afgedane Opiumwetdelicten. Er zijn geen grote veranderingen waargenomen, noch van 2007 ten opzichte van 2006, noch van 2008 ten opzichte van 2007.
- 2004 was een piekjaar in het aantal Opiumwetdelicten in het strafrechtelijk systeem. Sindsdien is sprake van een zekere stabilisatie van het totale aantal Opiumwetdelicten. Harddrugsdelicten vertonen een dalende trend, softdrugsdelicten namen in 2005 toe en stabiliseerden daarna, met recent lichte dalingen.
- De meerderheid van de opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit is ook in 2007 en 2008 gericht op drugs. Bij de harddrugsonderzoekt de politie vooral criminele organisaties rond cocaïne.

---

7 T.K.29911/1, 2007: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 29911 nr. 10, 2007.

8 T.K.24077/125, 2004: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125, 2004; T.K.24077/184, 2006: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 24077 nr.184, 2006; Stc 2008/171: Staatscourant september 2008 nr. 171.

- Er zijn in 2007 en 2008 minder hennepkwekerijen ontmanteld dan in eerdere jaren.
- Bij de politie kwamen in 2007 ruim 21 duizend verdachten van Opiumwetdelicten binnen. Dit aantal daalde ten opzichte van 2006. De meesten worden verdacht van harddrugsdelicten. Het aantal en aandeel dat verdacht wordt van gecombineerde hard- én softdrugsdelicten nam toe.
- Ook bij het Openbaar Ministerie is sprake van een daling van de instroom van Opiumwetzaken in 2007 en 2008 ten opzichte van 2006. Het aantal zaken is in 2008 lager dan in 2007. De daling geldt zowel voor hard- als voor softdrugszaken. Opmerkelijk is dat het aandeel softdrugszaken in 2008 praktisch gelijk is aan dat van harddrugszaken.
- Tweederde van de Opiumwetdelicten wordt gedagvaard. Er zijn op dit punt opmerkelijke verschillen tussen hard- en softdrugszaken: zaken met harddrugs en vooral zaken waarbij het gaat om hard- én softdrugs worden vaker gedagvaard dan softdrugszaken. Softdrugszaken eindigen vaker met een transactie van het OM.
- De rechter deed in totaal minder Opiumwetzaken af in 2007 en 2008. Er werden meer hard- dan softdrugszaken afgedaan. Harddrugsdelicten eindigen relatief vaak in een vrijheidsstraf.
- De rechter legde in 2007 meer taakstraffen op in zaken met een Opiumwetdelict dan vrijheidsstraffen. De daling in vrijheidsstraffen zette in 2003 in en geldt niet alleen voor Opiumwetdelicten. Bij beide typen straf is sprake van een daling ten opzichte van 2006.
- Het aandeel van Opiumwetdelicten ten opzichte van andere delicten bij OM, rechter en bij de vrijheidsstraffen is vrij constant gebleven. Dit betekent dat Opiumwetdelicten een soortgelijk patroon volgen als andere typen delicten.

## 9.2 Opiumwetdelicten en georganiseerde drugscriminaliteit

### Opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit in relatie tot drugs

Elk jaar worden de opsporingsonderzoeken naar georganiseerde criminaliteit geïnventariseerd. Dit doet de dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps landelijke politiediensten (KLPD) voor het Europese Dreigingsbeeld van Europol (Organised Crime Threat Assessment, OCTA). De Nationale Recherche, de 25 politieregio's en de bijzondere opsporingsdiensten leveren hiervoor hun lopende en afgesloten opsporingsonderzoeken aan die voldoen aan de EU-criteria voor georganiseerde criminaliteit (tabel 9.1).<sup>9</sup>

Door veranderingen in de registratiemethoden zijn de cijfers door de jaren heen niet vergelijkbaar. Vergelijkbaar zijn de gegevens 2000-2002, 2003-2004 en 2006-2008. De informatie over 2005 betreft niet het gehele kalenderjaar. Vanaf 2006 heeft een ruimere dataverzameling plaatsgevonden, waardoor het totaal aantal vanaf dat jaar aanmerkelijk hoger is dan in voorafgaande jaren. Met name het hogere aantal onderzoeken naar de handel in softdrugs is hierdoor beïnvloed.

<sup>9</sup> Incidenteel kunnen er beschrijvingen gerapporteerd zijn over actieve groepen waarop nog geen opsporingsonderzoek is gestart.

**Tabel 9.1 Opsporingsonderzoeken naar meer ernstige vormen van georganiseerde criminaliteit, naar drugsonderzoeken en hard- en softdrugs, 2000-2008<sup>1</sup>**

	2000	2001	2002	*	2003	2004	*	2005	*	2006	2007	2008
Totaal aantal onderzoeken	148	146	185	..	221	289	...	176	...	333	328	352
- % gericht op drugs	53%	62%	63%	..	66%	69%	...	72%	...	75%	72%	70%
Aantal onderzoeken gericht op drugs	78	90	117	..	146	200	...	127	...	250	235	247
- % met harddrugs	82%	83%	83%	..	83%	84%	...	85%	...	79%	83%	76%
- % met softdrugs	55%	41%	45%	..	39%	27%	...	41%	...	60%	67%	65%
- % met alleen harddrugs	45%	59%	55%	..	61%	69%	...	59%	...	40%	36%	35%
- % met alleen softdrugs	18%	17%	17%	..	17%	11%	...	15%	...	21%	20%	24%
- % met hard- en softdrugs	37%	24%	28%	..	22%	16%	...	26%	...	39%	47%	41%
Aantal onderzoeken met harddrugs	64	75	97	..	121	168	...	108	...	198	194	188
- % cocaïne				..	60%	57%	...	54%	...	68%	77%	76%
- % synthetische drugs				..	54%	39%	...	44%	...	43%	40%	46%
- % heroïne				..	17%	18%	...	29%	...	29%	20%	22%

*1. Binnen een onderzoek kan sprake zijn van handel in en of productie van meerdere soorten drugs.*

*Percentages tellen daarom niet op tot 100%. \* Duidt op trendbreuken (tussen 2002 en 2003, tussen 2004 en 2005 en tussen 2005 en 2006) als gevolg van veranderde registratiemethoden. Bron: KLPD/DNRI, groep Onderzoek en Analyse.*

- De meeste opsporingsonderzoeken zijn in 2007 en 2008 gericht op criminele organisaties die zich bezighouden met handel in of productie van drugs (respectievelijk 72% en 70%). Het aandeel is in 2007 en 2008 iets lager dan in 2006.
- Bij de meeste drugsonderzoeken zijn (ook) harddrugs in het spel. Dit is in de loop der jaren niet veranderd. Het aandeel is in 2008 wel omlaag gegaan. Meestal is cocaïne in het spel. Dit is al jaren zo. Dan volgen synthetische drugs (productie en handel) en vervolgens heroïne(handel). Cocaïne heeft een groter aandeel gekregen (driekwart in de laatste jaren). Het aandeel van synthetische drugs nam in 2008 (weer) toe, dat van heroïne nam eerst een aantal jaren toe en nam recent af.
- Bij tweederde van de onderzoeken (67% in 2007 en 65% in 2008) gaat het om criminele organisaties die zich (mede) bezig houden met softdrugs. Dit aandeel nam toe tussen 2006 en 2007 maar is in 2008 iets afgenomen. Er zijn wel iets meer zaken waarin het alléén om softdrugs gaat. De zaken met softdrugs hebben in meerderheid betrekking op criminele organisaties die zich (mede) bezighouden met nederwiet. Een minderheid van de zaken is gericht op hasjiesj en marihuana (niet in tabel).
- Het aandeel zaken met hard én softdrugs nam af in 2008 ten opzichte van 2007.
- Het aantal zaken waarbij in de uiteindelijke tenlastelegging naast een Opiumwetdelict ook deelname aan een criminele organisatie voorkomt, bedroeg in 2007 274 en in 2008 219. Dit is minder dan in 2006 (niet in tabel).

## Ontmantelingen van productielocaties van drugs

Volgens het KLPD zijn in 2007 rond 5 200 hennepkwekerijen ontmanteld en in 2008 ruim 4 700 (KLPD, 2009). In 2005 en 2006 waren het er ongeveer 6 000. Het KLPD-cijfer van 6 000 is gevalideerd in onderzoek (Wouters et al., 2007). Aangenomen kan dus worden dat het aantal ontmantelingen in 2007 en 2008 is gedaald.

Over ontmantelingen van productielocaties van synthetische drugs en dumpingen van chemisch afval van de productie van synthetische drugs wordt jaarlijks gerapporteerd door het Expertisecentrum Synthetische Drugs (Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren, 2008).

- Er zijn in 2007 15 productielocaties ontmanteld en in 2008 21 (tabel 9.2). Er is een teruggang sinds 2006 en zeker vergeleken met 2000-2004. Het KLPD meldt wel dat de aangetroffen locaties de laatste jaren grootschaliger zijn dan voorheen.
- Laboratoria zijn in 2007 en 2008 vooral gevonden in het westen en zuiden van het land.
- Steeds vaker wordt melding gemaakt van de productie van ecstasy in andere werelddelen dan Europa, waarbij vooral Canada wordt genoemd en ook Australië (Boerman, Grapendaal en Mooij, 2008).
- In 2007 zijn 50 dumpingen van chemisch afval van de productie van illegale drugs geregistreerd en in 2008 36 (tabel 9.2). Dit aantal is lager dan in de jaren 2000-2004. In 2008 daalde het ten opzichte van 2007. Dumpingen zijn eveneens vooral in het westen en zuiden van het land aangetroffen.
- Nederland stond in 2007 bovenaan in de rij van landen waar MDMA tabletten in beslag waren genomen. In 2008 stond Nederland op de tweede plaats (na Duitsland).
- Het aantal gevallen waarin (ook) precursoren voor de productie van synthetische drugs gevonden zijn is dalende. Deze vallen onder de Wet Voorkoming Misbruik Chemicaliën (WVMC). In 2007 en 2008 zijn 14 respectievelijk 4 van dergelijke gevallen door het Openbaar Ministerie afgedaan. Dit aantal is duidelijk lager dan in 2006 – toen waren er 25 van dergelijke zaken – en ook laag in vergelijking met de jaren 2000-2005 (bron: OMDATA, WODC; niet in tabel).
- In 2007 waren er 7 zaken en in 2008 waren er 6 zaken waarbij alléén precursoren zijn gevonden. Dit aantal verschilt niet of nauwelijks van 2006 (bron: OMDATA, WODC; niet in tabel).

**Tabel 9.2 Aantal ontmantelde productielocaties en geregistreerde dumpingen chemisch afval van productie synthetische drugs, 2000-2008**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Productielocaties	37	35	43	37	29	18	23	15	21
Afvaldumpingen	101	127	105	95	81	51	42	50	36

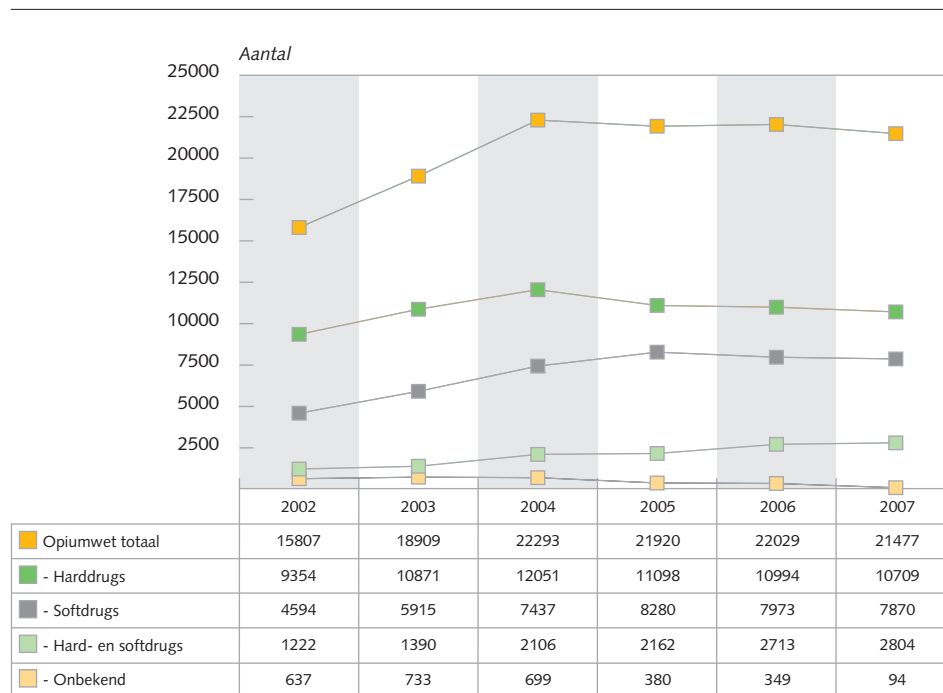
Bron: KLPD-DNR, Unit Zuid-Nederland, 2009.

## Verdachten van Opiumwettdelicten

Cijfers hierover zijn beschikbaar tot en met 2007 (figuur 9.1). Het algemene beeld van de laatste jaren is vrij stabiel.

- Het aantal verdachten dat in 2007 voor een Opiumwettdelict is gevebaliseerd door politie of Koninklijke Marechaussee is (zeer) licht gedaald. Het zijn er in 2007 ruim 21 duizend.
- Het aantal nam toe tot 2004 en stabiliseert sindsdien min of meer op een relatief hoog niveau, met recente lichte afnames.
- Het aandeel van Opiumwettverdachten op het totaal aantal verdachten bedraagt zeven procent. Dit aandeel is de laatste jaren stabiel (Van Ooyen et al., 2009).
- De helft van de verdachten is opgepakt vanwege een harddrugsdelict.
- 37 procent is opgepakt vanwege een softdrugsdelict.
- Het aantal verdachten van delicten met hard- én softdrugs vertoont een continu stijgende lijn. Qua aandeel vormen deze delicten slechts dertien procent, maar dit percentage neemt de laatste jaren toe.

**Figuur 9.1 Aantal verdachten Opiumwettdelicten bij politie en Koninklijke Marechaussee naar hard- en softdrugs, 2002-2007<sup>1</sup>**



*1. Teleenheid is het aantal maal dat in het HKS een verdachte met een proces-verbaal Opiumwett is aangetroffen. Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

- Het merendeel van de Opiumwetverdachten in 2007 is man (tabel 9.3).
- Een aanzienlijk deel van de Opiumwetverdachten heeft meerdere criminele antecedenten. Eenderde heeft er vijf of meer, zeventien procent meer dan tien. Verdachten van harddrugsdelicten hebben in vergelijking het hoogste aantal antecedenten. Dit patroon verschilt niet van 2006 (niet in tabel).
- De verdachten zijn meestal tussen de 18 en 44 jaar. Verdachten onder de 18 en boven de 55 zijn relatief zeldzaam. Softdrugsverdachten zijn over het geheel genomen ouder dan harddrugsverdachten.

Tabel 9.3 Kenmerken van verdachten Opiumwetdelicten, naar hard- en softdrugs, 2007<sup>1</sup>

		Harddrugs	Softdrugs	Beide	Totaal
<b>Totaal aantal</b>		<b>9 960</b>	<b>7 509</b>	<b>2 736</b>	<b>20 276</b>
Geslacht	Man	87%	83%	84%	85%
	Vrouw	13%	17%	16%	15%
Aantal antecedenten <sup>II</sup>	1	39%	43%	36%	40%
	2	11%	14%	13%	12%
	3-4	12%	14%	15%	13%
	5-10	17%	16%	20%	17%
	11-20	10%	8%	11%	9%
	21-50	8%	4%	5%	6%
	> 51	3%	1%	1%	2%
<b>Leeftijd bij registratie laatste delict</b>					
	12-17 jaar	3%	4%	3%	4%
	18-24 jaar	30%	20%	21%	25%
	25-34 jaar	32%	31%	32%	32%
	35-44 jaar	22%	25%	26%	24%
	45-54 jaar	10%	14%	11%	12%
	55-64 jaar	2%	4%	5%	3%
	≥ 65 jaar	0%	1%	1%	1%

*I. Unieke verdachten; elke verdachte is éénmaal geteld, ook al wordt hij/zij in een jaar vaker dan éénmaal voor een Opiumwet gevestigd. II. Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt; het betreft antecedenten uit de totale criminele voorgeschiedenis.*

*Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

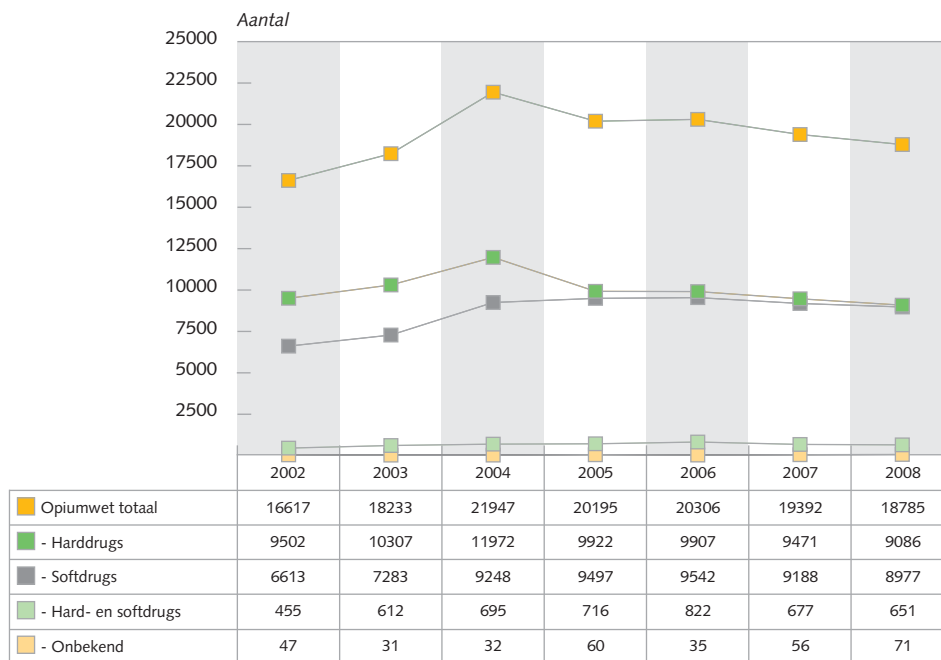
### Instroom van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie

Vanuit de politie gaan de processen verbaal door naar het Openbaar Ministerie (OM). Niet alle processen verbaal worden echter doorgestuurd. Strafzaken worden namelijk bij de politie beoordeeld op succes van vervolgbaarheid. Zaken die als 'niet vervolgbaar' worden beoordeeld, worden niet naar de parketten gezonden. Cijfers van het OM zijn beschikbaar voor 2007 en 2008.

- In 2007 en 2008 stroomden minder zaken in bij het OM dan in 2006 (figuur 9.2). Er is sprake van een lichte daling, die inzette in 2005.

- Het aandeel Opiumwetzaken schommelt steeds tussen zeven en acht procent, 2007 en 2008 wijken hier niet van af (tabel 9.4). De lagere instroom van Opiumwetzaken is dus onderdeel van een bredere afnemende trend, die niet alleen geldt voor Opiumwetedelicten.
- De lichte daling geldt zowel voor hard- als voor softdrugszaken. Hij is echter iets sterker voor harddrugszaken. Het aandeel hard- en softdrugszaken is in 2008 bijna gelijk.
- Harddrugszaken dalen sinds 2004, met een substantiële knik omlaag tussen 2004 en 2005.
- In 2008 gaat het bij de harddrugszaken in de helft van de gevallen (51%) om het bezit van harddrugs. In de overige gevallen gaat het om productie, smokkel, of handel (niet in tabel).
- Het aantal softdrugszaken is sinds 2004 redelijk stabiel.
- Bij de softdrugszaken gaat het in 2008 in 27 procent van de gevallen om bezit van softdrugs. In 73 procent gaat het om productie, smokkel of handel (niet in tabel).
- Over het geheel van Opiumwetzaken gaat het in 40 procent van de gevallen om bezit van drugs, en in 60 procent om productie, smokkel of handel (niet in tabel).

**Figuur 9.2 Aantal Opiumwetzaken<sup>I</sup> ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs<sup>II</sup>, 2002-2008**



*I. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. II. Een gering aantal Opiumwetzaken laat zich niet indelen in een van de categorieën. Deze zaken zijn hier niet opgenomen. Bron: OMDATA, WODC.*



Tabel 9.4 Aandeel Opiumwetzaken (in %) ingestroomd bij het Openbaar Ministerie, naar hard- en softdrugs, 2002-2008<sup>1</sup>

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totaal strafzaken (alle wetten)	254 912	274 390	275 696	269 038	270 210	274 649	263 821
Waarvan aandeel Opiumwet	7%	7%	8%	8%	8%	7%	7%
<b>Opiumwet naar type drug</b>							
- Harddrugs	57%	57%	55%	49%	49%	49%	48%
- Softdrugs	40%	40%	42%	47%	47%	47%	48%
- Hard- en softdrugs	3%	3%	3%	4%	4%	3%	3%
- Onbekend	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

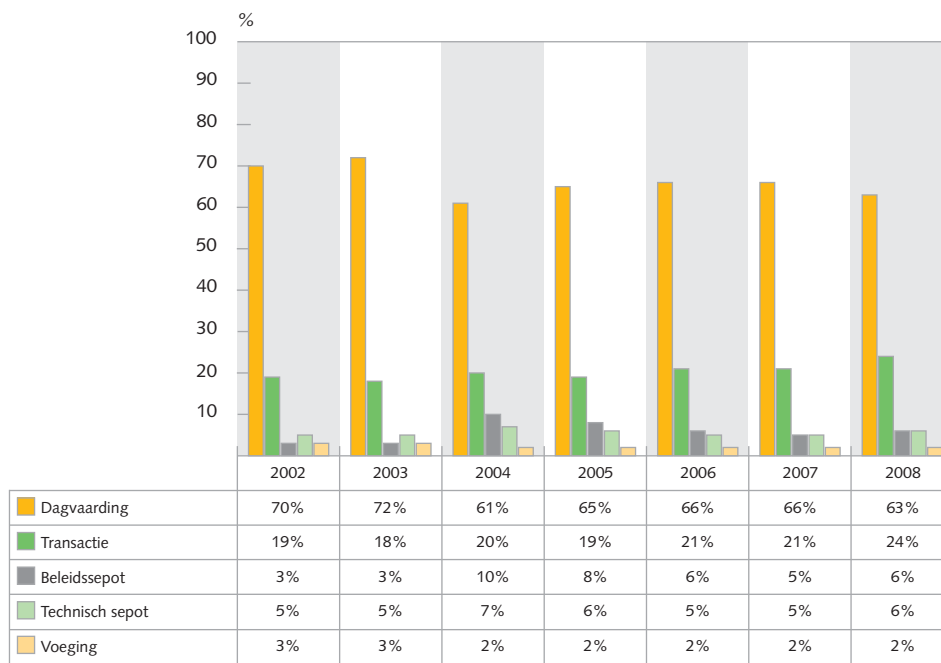
*1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.*

### Afdoening van Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie

- Ongeveer tweederde van de Opiumwetzaken is in 2007 en 2008 door het OM voor de rechter gebracht (gedagvaard) (figuur 9.3).
- Eenvijfde tot een kwart van de Opiumwetzaken eindigt met een transactie. Dit percentage is de laatste jaren wat hoger, met name in 2008.
- Het aandeel beleidssepots bedraagt zes procent. In 2004 waren er relatief veel beleidssepots. Dit had te maken met het drugskoeriersbeleid op Schiphol.<sup>10</sup> Het aandeel beleidssepots daalt sinds 2005 weer, maar is nog steeds hoger dan vóór 2004.
- Technische sepots komen voor in vijf tot zes procent van de Opiumwetzaken. Voegingen komen weinig voor.

<sup>10</sup> Harddrugskoeriers zonder antecedenten en met slechts een geringe hoeveelheid drugs werden niet vervolgd maar heengezonden na inbeslagname van de drugs; hun naam werd op de 'zwarte lijst' gezet om toekomstige vluchten naar Nederland te voorkomen.

Figuur 9.3 Afdoening Openbaar Ministerie in Opiumwetzaken (in %), 2002-2008



Bron: OMDATA, WODC.

Opiumwetdelicten vormen zeven procent van het totale aantal door het OM afgedane zaken in 2007 en 2008 (tabel 9.5). Dit aandeel is lager dan in 2006. Het ligt sinds 2002 steeds tussen zeven en acht procent.

Tabel 9.5 Aandeel Opiumwetzaken op totale instroom zaken bij Openbaar Ministerie, 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aandeel OW	7%	7%	8%	8%	8%	7%	7%

Bron: OMDATA, WODC, 2009.

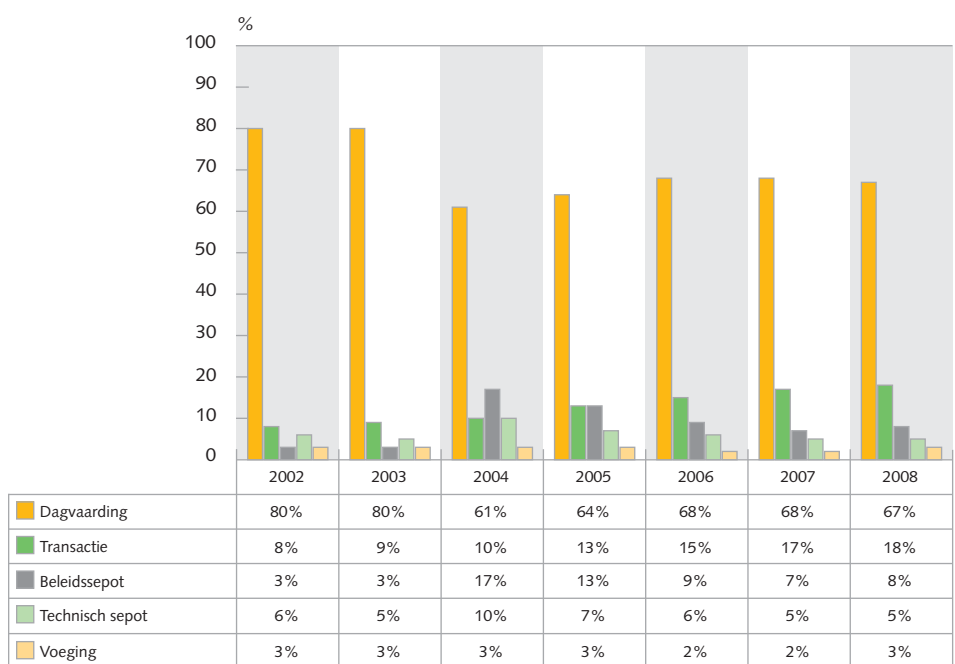
Er zijn duidelijke verschillen in afdoening door het OM tussen harddrugzaken, softdrugzaken en zaken waarin zowel hard- als softdrugs in het spel zijn:

- Harddrugzaken worden in ruim tweederde van de gevallen gedagvaard, softdrugzaken in 2007 in 62 procent en in 2008 in 57 procent van de gevallen. Dit aandeel ligt veel hoger als het gaat om zaken met hard- én softdrugs (82-83% in 2007 en 2008) (figuur 9.4 a-c).
- Transacties komen het meest voor in softdrugzaken.
- Beleidssepots komen vaker voor in harddrugzaken (8%) en weinig in zaken met een combinatie van hard- en softdrugs (1%).

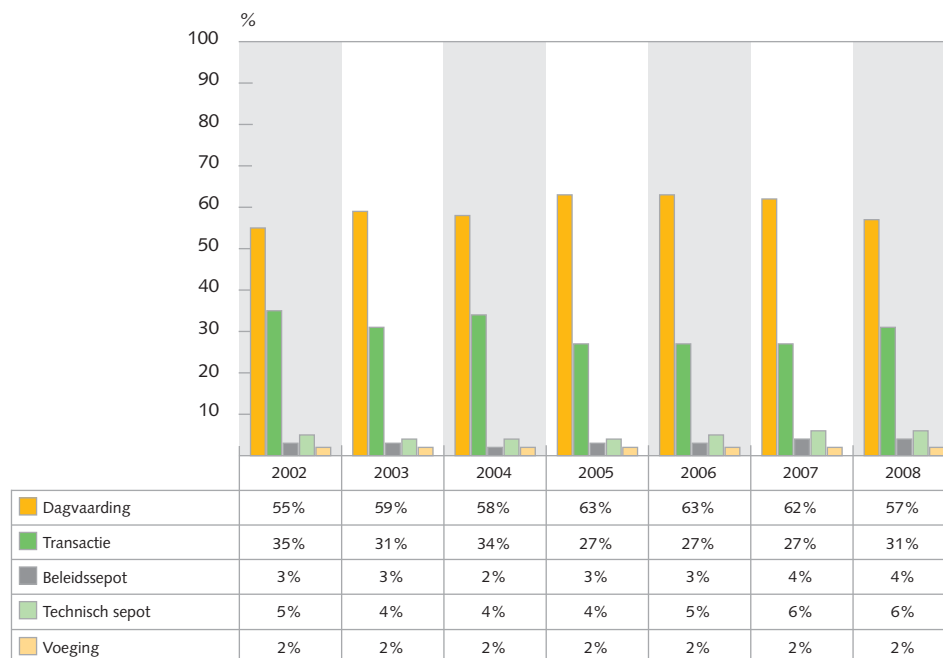
- Bij technische sepots en voegingen valt op dat deze vrij weinig voorkomen bij combinatiezaken.

**Figuur 9.4 Opiumwetzaken afgedaan door Openbaar Ministerie, naar type beslissing, 2002-2008, (a) harddrugs, (b) softdrugs, (c) hard- en softdrugs**

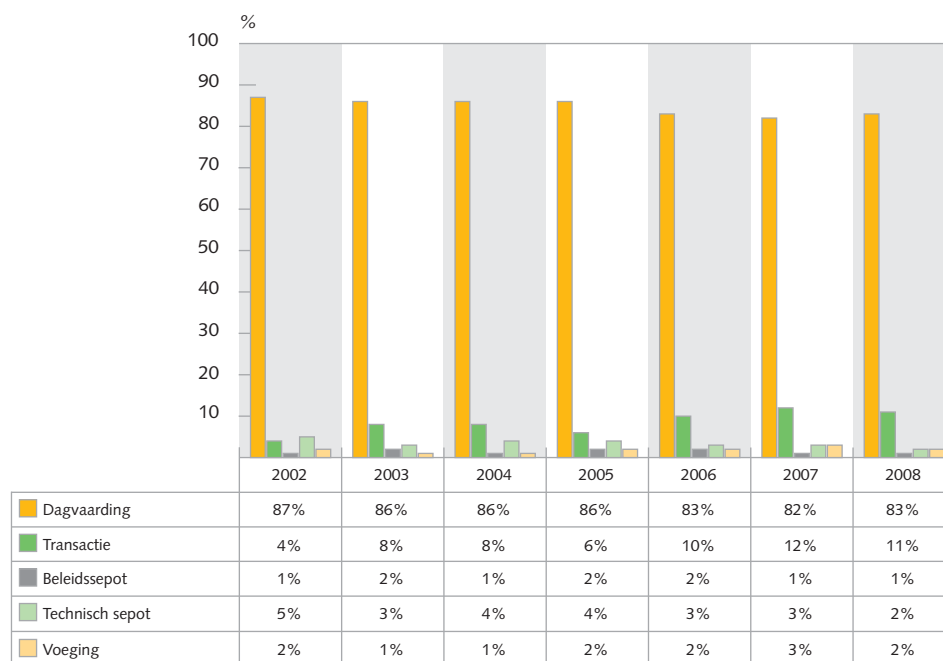
(a) Opiumwet – Harddrugs



(b) Opiumwet - Softdrugs



(c) Opiumwet - Hard- en softdrugs



Bron: OMDATA, WODC.

### Aantal afdoeningen door de rechter in eerste aanleg

- De rechter heeft in 2007 en 2008 minder Opiumwetzaken afgedaan dan in 2006 (figuur 9.5; tabel 9.6).
- De daling betreft zowel harddrugszaken als softdrugszaken en zaken met hard- én softdrugs. Harddrugszaken vormen, net als in 2006, ongeveer de helft van de Opiumwetzaken, softdrugszaken vormen 45 procent van het geheel, en gecombineerde hard- en softdrugszaken maken vier procent uit.
- Opiumwetzaken vormen in 2007 en 2008 acht procent van het totale aantal door de rechter afgedane zaken. Dit aandeel wijkt niet substantieel af van de jaren ervoor. Opiumwetzaken volgen dus meer algemene trends die ook bij andere delicten spelen.

Figuur 9.5 Aantal door rechter afgedane zaken naar hard- en softdrugs in eerste aanleg, 2002-2008<sup>1</sup>



1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.

Tabel 9.6 Aandeel door rechter afgedane Opiumwetzaken (in %), naar hard- en softdrugs, 2002-2008<sup>1</sup>

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totaal zaken (alle wetten)	128 808	148 266	145 905	145 165	146 754	139 769	140 694
Opiumwetzaken	10 703	12 714	12 143	12 199	13 023	11 845	11 487
Opiumwet op totaal	8%	9%	8%	8%	9%	8%	8%
Opiumwet naar type drug							
- Harddrugs	66%	65%	58%	52%	50%	51%	51%
- Softdrugs	31%	31%	38%	43%	45%	45%	45%
- Hard- en softdrugs	3%	3%	4%	4%	4%	4%	4%
- Onbekend	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

1. Per verdachte kan meer dan een zaak geregistreerd zijn. Bron: OMDATA, WODC.

### Sancties

Welke sancties krijgen Opiumwetdelinquenten? Hierover zijn cijfers beschikbaar tot en met 2007. Figuur 9.6 laat zien hoeveel taakstraffen, (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en geldboetes in de periode 2002-2007 door de rechter in eerste aanleg zijn opgelegd. Ook is opgenomen hoeveel zaken door het OM zijn afgedaan met een financiële transactie.<sup>11</sup>

- De straf die het meest frequent is opgelegd in 2007 is de taakstraf. In 2007 is een daling te zien ten opzichte van 2006. Aan de continu stijgende lijn is in 2007 een einde gekomen.
- De gemiddelde duur van een taakstraf is in 2007 gedaald ten opzichte van eerdere jaren. Het gemiddelde aantal dagen taakstraf is 106 in 2007. Dit is relatief weinig (tabel 9.7).
- Er zijn in 2007 ruim vierduizend (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd. Sinds 2003 is er een duidelijke en continue afname. Ook in 2007 is het aantal opnieuw gedaald. Het aandeel is tussen 2006 en 2007 constant gebleven (17 procent, niet in tabel).
- De verhouding tussen taakstraffen en (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen is tussen 2004 en 2005 gekanteld. Er zijn sindsdien meer taakstraffen opgelegd dan vrijheidsstraffen.
- (Deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen worden vooral opgelegd voor smokkel, productie of handel van harddrugs. Er zijn betrekkelijk weinig vrijheidsstraffen voor bezit van softdrugs. Taakstraffen worden de laatste jaren vooral opgelegd voor smokkel, productie van of handel in softdrugs (Van Ooyen et al., 2009).
- De gemiddelde duur van een vrijheidsstraf voor een Opiumwetdelict is in 2007 340 dagen, langer dan in 2006 (tabel 9.7).

11 Het aantal ontnemingen kan niet betrouwbaar uit OMDATA worden afgeleid en wordt daarom niet vermeld.

- Naast de (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen worden ook geheel voorwaardelijke vrijheidsstraffen opgelegd. Dit waren er in 2007 ruim 1 700 (niet in figuur).
- Financiële transacties door het OM komen het minst vaak voor als sanctie bij Opiumwetzaken. Het transactie-bedrag (mediaan) is 250 euro in 2007; dit wijkt niet af van voorgaande jaren (tabel 9.8).
- Er zijn in 2007 bijna 1 600 geldboetes opgelegd door de rechter. Dit aantal daalt sinds 2004. Het bedrag van een geldboete (mediaan) bedraagt 400 euro in 2007, dit is minder dan in de voorgaande jaren (tabel 9.8).

**Figuur 9.6 Sancties in Opiumwetzaken, 2002-2007<sup>1</sup>**



Bron: OMDATA, bewerking WODC.

**Tabel 9.7 Gemiddelde duur (dagen) van taakstraffen en (deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen in Opiumwetzaken, 2002-2008**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taakstraf	120	128	117	112	113	106
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	431	389	376	335	311	340

Bron: OMDATA, bewerking WODC.

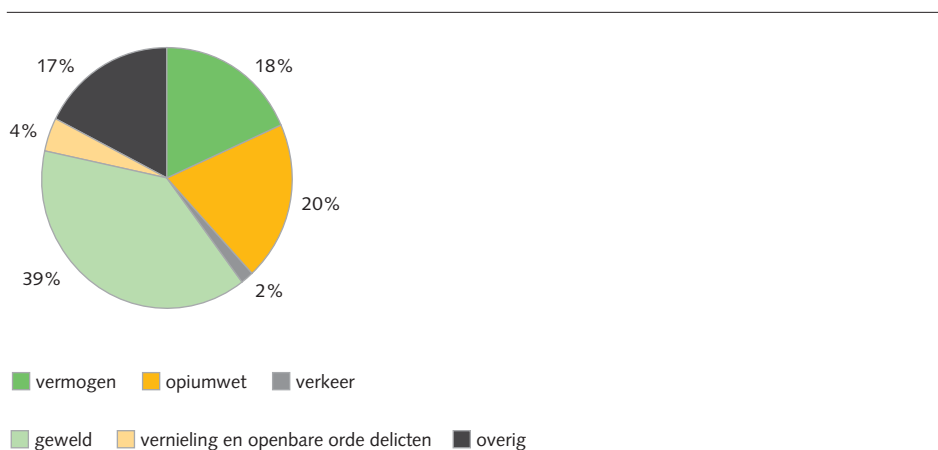
Tabel 9.8 Bedrag (mediaan, in euro's) van geldboetes en transacties in Opiumwetzaken, 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Financiële transactie	220	250	250	270	250	250
Geldboete	500	500	480	500	495	400

Bron: OMDATA, bewerking WODC.

Het aandeel gedetineerden dat vastzit vanwege een Opiumwetdelict is relatief groot. Van de 11 934 personen die op 30 september 2008 in het gevangeniswezen verbleven, zat 20 procent daar vanwege een Opiumwetdelict (figuur 9.7). Opiumwetdelinquenten vormen de op één na grootste categorie. Gewelddelinquenten vormen met 39 procent de meerderheid.

Figuur 9.7 Aandeel Opiumwetdelinquenten in het gevangeniswezen<sup>1</sup> vergeleken met vijf andere delictgroepen, peildatum 30 september 2008



1. Inclusief extramuraal geplaatste justitiabelen. Extramuraal verblijvenden i.h.k.v. elektronische detentie en penitentiair programma zijn meegeteld evenals door drugskoeriers en illegale vreemdelingen bezette plaatsen van de Directie Bijzondere Voorzieningen. Bron: Criminaliteit en Rechtshandhaving 2008, WODC.

### Strafrechtelijke recidive van Opiumwetvertreders

Tabel 9.9 laat zien hoeveel personen die veroordeeld zijn voor een drugsdelict, later opnieuw zo'n delict plegen. Uit het bestand van de WODC-recidivemonitor is een selectie gemaakt van de personen die in de periode van 1997 tot en met 2004 minstens éénmaal onherroepelijk zijn veroordeeld vanwege een Opiumwetdelict. Van deze personen is vervolgens nagegaan of zij binnen een bepaalde periode na de inschrijving van het drugsdelict waarvoor ze veroordeeld zijn, opnieuw voor een Opiumwetdelict werden ingeschreven bij justitie.

- Na één jaar heeft zeven tot acht procent een nieuwe zaak vanwege een Opiumwetdelict. Dit aandeel loopt op in de loop van de tijd. Na acht tot tien jaar is bijna een kwart opnieuw de fout in gegaan.



- Vergeleken met geweldsdelicten, vermogensdelicten, verkeersdelicten en openbare orde delicten is de recidive van Opiumwetdelinquenten lager. Vergeleken met alle wetsovertreders samen wijkt het patroon iets ten negatieve af van de populatienorm. Al met al bevinden de Opiumwetdelinquenten zich min of meer in de middenmoot. De oplopende trend in de loop van de jaren is bij alle delicttypen waarneembaar.

**Tabel 9.9 Prevalentie van nieuwe strafzaken voor een Opiumwetdelict voor opeenvolgende cohorten van Opiumwetovertridders, in %<sup>1</sup>**

Observatieperiode:	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar	5 jaar	6 jaar	7 jaar	8 jaar	9 jaar	10 jaar
Cohort 1997	7,1	10,8	13,3	15,3	17,5	19,4	21,0	22,3	23,5	24,4
1998	6,5	10,3	13,4	16,1	18,2	20,4	22,1	23,9	24,6	
1999	7,0	11,5	14,9	17,7	20,1	22,4	24,3	25,9		
2000	6,7	11,5	15,2	18,6	21,2	23,0	24,8			
2001	7,3	11,5	15,1	17,7	19,8	21,2				
2002	8,4	13,2	16,5	19,1	20,9					
2003	8,1	12,5	15,7	18,0						
2004	7,2	11,2	13,7							

*1. Cohort: personen die in een bepaald jaar ten minste éénmaal onherroepelijk zijn veroordeeld voor een Opiumwetdelict. Cohort 1997: n = 7 602, cohort 1998: n = 8 328, cohort 1999: n = 8 112, cohort 2000: n = 7 785, cohort 2001: n = 9 044, cohort 2002: n = 11 072; cohort 2003: n = 12 659 en cohort 2004: n = 14 774. Gegevens zijn onder meer gecorrigeerd voor tijd in detentie. Bron: WODC-Recidivemonitor/REPRIS, 2007.*

### Nederland in internationaal perspectief

Internationale vergelijking van cijfers over drugswetdelicten is moeilijk vanwege verschillen in definities, wetgeving, registratiewijzen en opsporingsinspanningen (EMCDDA, 2008; Ester en Driessen, 2009; Van Ooyen et al., 2009). Een vergelijking van trends laat de volgende grote lijnen zien:

- De trendmatige toename van het aantal geregistreerde drugswetdelicten op langere termijn, die in Nederland te zien is, is ook in andere landen waarneembaar.
- In Nederland zijn er binnen het strafrechtelijk systeem naar verhouding minder delicten voor (gebruik en) bezit van drugs.
- De toename van geregistreerde drugswetdelicten in Nederland is – in afwijking van elders – vooral te wijten aan meer drugsmokkel, -handel en -productie. Bij de toename speelt de groei van geregistreerde cannabisproductie – nederwietteelt – in Nederland een relatief belangrijke rol.



# 10 Drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem

In dit hoofdstuk gaat het over drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem, ofwel criminaliteit die gepleegd wordt door drugsgebruikers. Hiervoor wordt geput uit registratiesystemen van politie, verslavingsreclassering, Dienst Justitiële Inrichtingen, de Veelplegermonitor van het WODC en recent wetenschappelijk onderzoek. Registratiesystemen geven slechts zicht op de gebruikers die bij politie en justitie in beeld zijn gekomen en als 'gebruiker' zijn geregistreerd. Omdat justitiële instanties drugsgebruik bij verdachten en gedetineerden niet systematisch navragen, valt een deel van de drugsgebruikende justitiabelen buiten de statistieken.

In § 10.2 wordt informatie gegeven over aantallen en kenmerken van drugsgebruikende justitiabelen. In § 10.3 worden justitiële maatregelen en interventies beschreven die zijn toegepast bij deze doelgroep.

## 10.1 Laatste feiten en trends

- 30 tot 38 procent van de Nederlandse gedetineerden heeft problemen met drugsgebruik of kampte met een drugsverslaving in het jaar voorafgaand aan de detentie.
- (Problematische) drugsgebruikers worden vooral opgepakt en veroordeeld voor vermogensdelicten.
- Het aandeel vermogensdelicten dat gepleegd wordt door drugsgebruikers daalt, dat van geweldsdelicten stijgt.
- De verslavingsreclassering begeleidt steeds meer cliënten. In 2007 en 2008 waren het er tussen de 17 en 18 duizend. Ook het aantal activiteiten van de verslavingsreclassering vertoont een toenemende trend. Er is met name vaker toezicht uitgeoefend, er zijn meer diagnoses gesteld (waartoe ook de afname van de Recidive Inschattingsschalen wordt gerekend) en er zijn meer rapporten opgesteld.
- Onder de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders vallen veel problematische drugsgebruikers. In 2007 waren er over het hele jaar gezien gemiddeld 662 personen met een maatregel ISD, in 2008 waren er dat 607. In 2007 kwamen 295 nieuwe ISD'ers binnen, in 2008 292. De maatregel duurt maximaal twee jaar. De meesten volgen een trajectregime met gedragsinterventies.

## 10.2 Drugsgebruikende verdachten en veroordeelden

### Drugsgebruikende verdachten bij de politie

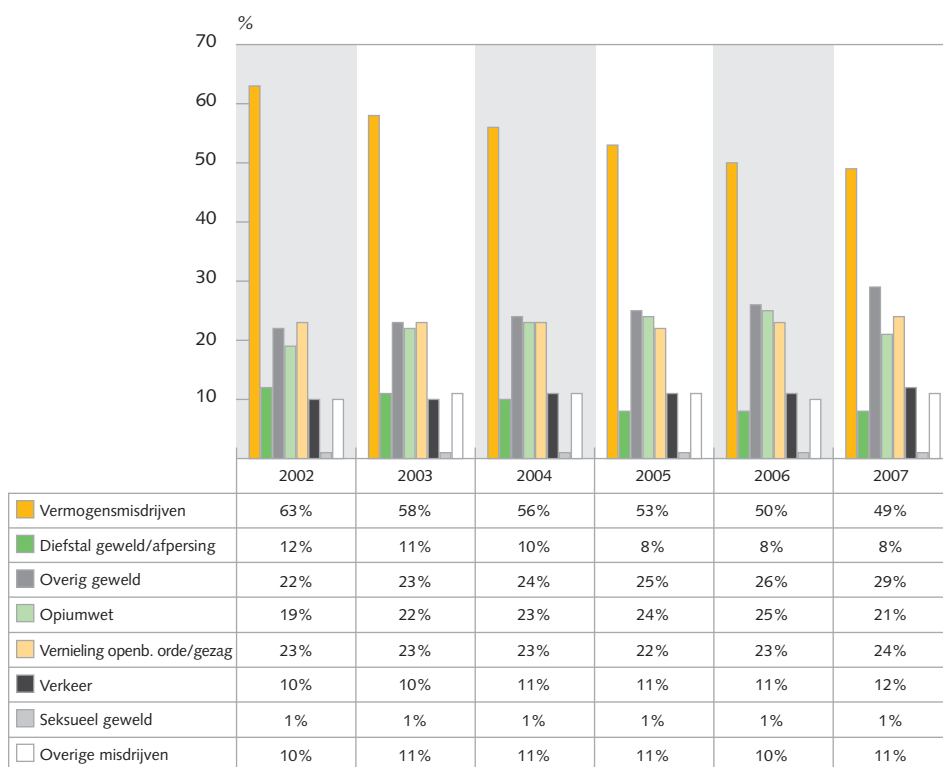
In het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie kan aangegeven worden of een verdachte "drugsgebruiker" is. Deze classificatie wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door drugsgebruik een gevaar kan opleveren voor de verbalisant. Ook kan dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van drugs, of als hij/zij om methadon vraagt. Er is een kans dat een verdachte wel drugsgebruiker is, maar niet als zodanig in het HKS wordt geregistreerd omdat de politie dit niet herkent. Waarschijnlijk hebben we te maken met een onderschatting. Er bestaan ook regionale verschillen in de registratie van deze categorie en de registratie wordt niet systematisch ververst. Landelijke cijfers over 2008 zijn niet beschikbaar.

- De als drugsgebruiker gecategoriseerde verdachten zijn in 2007 gemiddeld 38,8 jaar oud. De gemiddelde leeftijd ligt elk jaar hoger. In 2006 was die 38,5 jaar, in 2005 37,8 en in 2004 37,1 jaar.
- 92 procent is man. Dit aandeel lijkt iets toe te nemen.
- De meesten wonen in een van de vier grote steden (44%).
- De meerderheid heeft in totaal meer dan tien criminele antecedenten geregistreerd staan (77%), 22 procent heeft er meer dan 50.

Figuur 10.1 laat zien voor welk type delict drugsgebruikende verdachten zijn opgepakt.

- Vermogensdelicten zonder geweld komen het meest voor (49% in 2007). Daarna volgen geweldsdelicten (29%, exclusief diefstal met geweld), openbare orde delicten en Opiumwetdelicten (respectievelijk 24% en 21%).
- Twee trends tekenen zich af: (1) het aandeel drugsgebruikers dat verdacht wordt van vermogensdelicten (met of zonder geweld) neemt af, en (2) het aandeel dat verdacht wordt van overige geweldsdelicten (geen vermogensdelicten) neemt toe.

**Figuur 10.1** Type delict waar door de politie als drugsgebruiker geclassificeerde personen van verdacht worden, 2002-2007



*I. Verdachten kunnen verdacht worden van meer dan een type delict. Bron: HKS, KLPD/DNRI.*

Ook de Veelplegermonitor van het WODC geeft een beeld van ontwikkelingen in de populatie drugsgebruikende verdachten, en wel van de categorie zeer actieve veelplegers onder hen.

De meest recente metingen waarin informatie over problematisch gebruik zijn meegenomen betreffen 2003 en 2005 (Tollenaar, 2008).

Het aantal en het aandeel drugsgebruikers onder de zeer actieve veelplegers daalde tussen 2003 en 2005. De daling is veroorzaakt doordat minder gebruikers met een primair opiaatprobleem binnenkwamen.

- Bijna driekwart van de zeer actieve veelplegers heeft problemen met middelengebruik of gokken, afgemeten aan het feit dat ze als cliënt staan ingeschreven bij de ambulante verslavingszorg. Dit aandeel is niet veranderd tussen 2003 en 2005. Ze gebruiken vaak meer dan één middel.
- Het absolute aantal daalde wel ten opzichte van 2003. In 2005 waren er in totaal 4 113 zeer actieve veelplegers met problematisch gebruik of gokgedrag.

- Driekwart van hen heeft primair een probleem met drugs (en niet met alcohol of gokken). Dit aandeel daalde.
- Bij rond tweederde vormen opiaten of cocaïne/crack het primaire probleemmiddel, bij 5 procent cannabis. Het aandeel dat primair problemen heeft met opiaten daalde, terwijl cocaïne/crack en cannabis vaker het primaire probleem vormen.

De daling van de criminaliteit in Nederland, en met name de aanzienlijke daling van vermogensdelicten, lijkt deels te verklaren door een afname van de criminaliteit van primaire opiaatgebruikers (Van Ooyen, 2009).

### **Drugsproblematiek onder gedetineerden**

- In onderzoek uit 2007 rapporteerde 38 procent van de gedetineerden problematisch gebruik van drugs in het jaar voorafgaand aan hun detentie (Oliemeulen et al., 2007). Eenderde van hen is risicogebruiker van cannabis, 19 procent is problematisch cocaïne-gebruiker en 12 procent is problematisch opiaatgebruiker. Ook het gebruik van sedativa (niet op recept) bleek vaak problematisch (bij 15 procent).
- Meer recent publiceerden Bulten en Nijman (2009) over onderzoek onder 191 willekeurig geselecteerde volwassen mannelijke gedetineerden in de penitentiaire inrichtingen in Vught. Zij gebruiken de Mini (Mini international neuropsychiatric interview) om – onder andere – de prevalentie van drugsverslaving in het afgelopen jaar vast te stellen. Ze onderzoeken gedetineerden in de eerste fase na instroom. Zij stellen vast dat 29,8 procent (met een marge van 23,3 procent tot 36,3 procent) van de gedetineerden in het afgelopen jaar kampte met een drugsverslaving. Niet gespecificeerd is om welke soort drug het gaat.
- De onderzoeken onder representatieve steekproeven gedetineerden in de periode 1997-2007 suggereren dat het aandeel gedetineerden met drugsproblemen onveranderd is (Van Ooyen, 2009).

## **10.3 Interventies voor drugsgebruikers in het strafrechtelijk systeem**

In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- De cliënten en activiteiten van de verslavingsreclassering;
- Gedragsinterventies in detentie;
- Zorg als alternatief voor vervolging en sancties;
- De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders.

### ***Verslavingsreclassering***

Vanaf 2002 is informatie beschikbaar uit het Cliënt Volg Systeem van de (verslavings)reclassering.

- In 2007 had de verslavingsreclassering ruim 17 duizend cliënten en in 2008 ruim 18 duizend. Het aantal neemt toe (tabel 10.1).
- De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 37,6 jaar, 92 procent is man.
- Bijna driekwart heeft Nederland als geboorteland. Een groot deel (ruim 70 procent)

heeft geen vaste werkring, de helft is alleenstaand of heeft geen stabiele leefsituatie. Vier procent heeft de lagere school niet afgemaakt en bijna de helft heeft geen diploma van enige vorm van middelbaar onderwijs (cijfers 2008; niet in tabel).

- De meesten hebben alcoholgebruik als primair probleem. Het aandeel alcoholgebruikers neemt toe.
- Van de drugsgebruikers hebben de meesten problemen met cocaïne/crack. Dit aandeel daalde.
- Opiaten vormen in 14 procent van de gevallen het primaire probleem. Het aandeel opiaatgebruikers daalt duidelijk.
- Het aandeel met primaire cannabisproblemen is toegenomen en bedraagt in 2007 negen procent.
- Meer dan de helft van de cliënten in 2002-2006 is afwisselend vrijwillige cliënt van de verslavingszorg en gedwongen cliënt van de verslavingsreclassering.

**Tabel 10.1 Cliënten van de verslavingsreclassering 2002-2008<sup>1</sup>**

Cliënten:	2002	2003	2004	2005 <sup>1</sup>	2006	2007	2008
Totaal aantal	12 399	14 579	14 875	15 574	16 385	17 103	18 039
Gemiddelde leeftijd	35	35,3	35,6	36,1	36,5	37,6	37,6
Aandeel mannen	92%	92%	92%	92%	91%	92%	92%
Primair probleem is alcoholgebruik	38%	40%	43%	46%	47%	47%	"
Primair probleem is cocaïne/crack	26%	27%	25%	24%	24%	23%	"
Primair probleem is opiaatgebruik	25%	21%	18%	16%	15%	14%	"
Primair probleem is cannabisgebruik	6%	6%	7%	8%	8%	9%	"
Cliënten met afwisselend zorg en reclassering	7 794 (63%)	8 501 (58%)	8 489 (57%)	8 734 (56%)	9 457 (58%)	"	"

*I. Cijfers van een grotere instelling voor verslavingszorg ontbreken in 2005; dummy-cijfers geïmputeerd.*

*II. Geen informatie beschikbaar. Bron: SIVZ, 2008 en [www.svg.nl](http://www.svg.nl).*

- De verslavingsreclassering voerde in 2007 en 2008 45 tot 46 duizend activiteiten uit. Ook dit aantal vertoont een toenemende trend (tabel 10.2).
- Bij bijna alle activiteiten is sprake van een toename. Alleen gedragsinterventies en rapporten komen in 2007 en 2008 minder vaak voor dan in de jaren daarvoor.
- Toezicht, diagnoses en rapportages zijn de activiteiten die de laatste jaren de meeste keren zijn uitgevoerd.

Tabel 10.2 Aantal maal dat de verslavingsreclassering kernactiviteiten heeft uitgevoerd, 2002-2008<sup>I, II</sup>

Producten	2002	%	2003	%	2004	%
Vroeghulp	3 629	12	4 305	10	4 110	10
Vroeghulpinterventie	995	3	922	2	889	2
Toeleiding zorg	1 568	5	2 115	5	2 254	6
Toezicht	2 407	8	3 726	8	4 919	12
Gedragsinterventies	1 696	5	2 566	6	2 929	7
Werkstraf	3 382	11	4 098	9	4 650	12
Leerstraf	139	0,5	217	0,5	241	1
Rapporten <sup>III</sup>	7 587	24	8 746	20	8 369	21
Diagnose			10 615	24	10 605	27
Totaal aantal	31 451	100	43 900	100	39 994	100

I. Geen cijfers op cliëntniveau of gespecificeerd naar soort middel. II. Vastgestelde productie na accountantscontrole. III. Voorlichtingsrapporten, adviesrapporten en maatregelrapporten. Bron: SVG, 2009.

### Hulpaanbod binnen en buiten detentie

Het hulpaanbod voor gedetineerde drugsgebruikers bestaat uit medische en psychische zorg, de mogelijkheid tot verblijf in Verslaafden Begeleidings Afdelingen en deelname aan gedragsinterventies van de (verslavings)reclassering.

- Medische zorg: in 2008 is de 'Richtlijn Medicamenteuze zorg aan Gedetineerde Verslaafden' uitgekomen (Kwaliteitsinstituut, 2008). Deze bevat richtlijnen voor de methadonverstrekking, het gebruik van benzodiazepines en psychiatrische medicatie tijdens detentie. Afbouw van methadon hoort te gebeuren in goed overleg met de gedetineerde en waar mogelijk met de externe verslavingszorgarts.
- In de VBA's verblijven de laatste jaren tussen de 200 en 300 personen; dit zijn niet allemaal verslaafden. De VBA houdt op te bestaan. Er worden 700 bijzondere zorgplaatsen gerealiseerd, waarvan een deel wordt ingekocht bij de reguliere GGZ/verslavingszorg en een deel wordt geconcentreerd in vijf penitentiair psychiatrische centra.
- Gedragsinterventies (binnen en buiten detentie) zijn beschikbaar voor gedetineerden indien zij tenminste een straf of een strafrestant hebben van vier maanden. De Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie toetst interventies aan kwaliteitscriteria. Specifiek voor justitiabele problematische gebruikers zijn in 2009 erkend:
  - de korte leefstijltraining
  - de leefstijltraining.
- Daarnaast is beschikbaar de taakstraf alcohol delinquentie. Tevens zijn er de meer algemene trainingen van cognitieve vaardigheden.
- Bij de overgang van detentie naar de 'vrije' maatschappij krijgen alle gedetineerden hulp van medewerkers maatschappelijke dienstverlening. De nazorg is een verantwoordelijkheid van de gemeente.



	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
	3 962	10	4 400	10	4 123	9	4 160	9
	1 152	3	1 494	3	1 408	3	1 564	3
	2 081	5	3 226	7	3 684	8	4 005	9
	5 454	13	7 880	18	9 728	22	10 679	23
	2 806	7	2 624	6	1 948	4	1 500	3
	4 904	12	5 293	12	5 267	12	5 322	12
	286	1	360	1	294	1	329	1
	8 454	21	8 931	20	8 658	19	8 568	19
	11 504	28	9 935	23	9 719	22	10 075	22
	40 603	100	44 143	100	44 829	100	46 202	100

### **Zorg als alternatief voor vervolging en sancties**

- Gedetineerde drugsgebruikers kunnen gebruikmaken van zorg als alternatief voor detentie. Hiervoor bestaan diverse juridische mogelijkheden. Deze mogelijkheden zijn beschikbaar voor alle gedetineerden, maar bij drugsgebruikers wordt dit van bijzonder belang geacht omdat de problematiek zorg behoeft, wil er een verbetering bewerkstelligd kunnen worden.
- In 2007 is 3 684 maal en in 2008 4 005 maal een probleemgebruiker vanuit detentie naar zorg toegeleid, meestal naar niet-klinische of klinische verslavingszorg dan wel niet-klinische psychiatrische zorg (tabel 10,2; [www.svg.nl](http://www.svg.nl)).
- Verwijzingen naar de klinische verslavingszorg nemen af in de loop van de tijd, evenals die naar psychiatrische zorg door een APZ. Verwijzingen naar niet-klinische psychiatrische en verslavingszorg nemen toe in de loop van de tijd. Hetzelfde geldt voor verwijzingen naar psychiatrische poliklinieken, deeltijd-psychiatrie en psychotherapie ([www.svg.nl](http://www.svg.nl)).

### **De Inrichting voor Stelselmatige Daders**

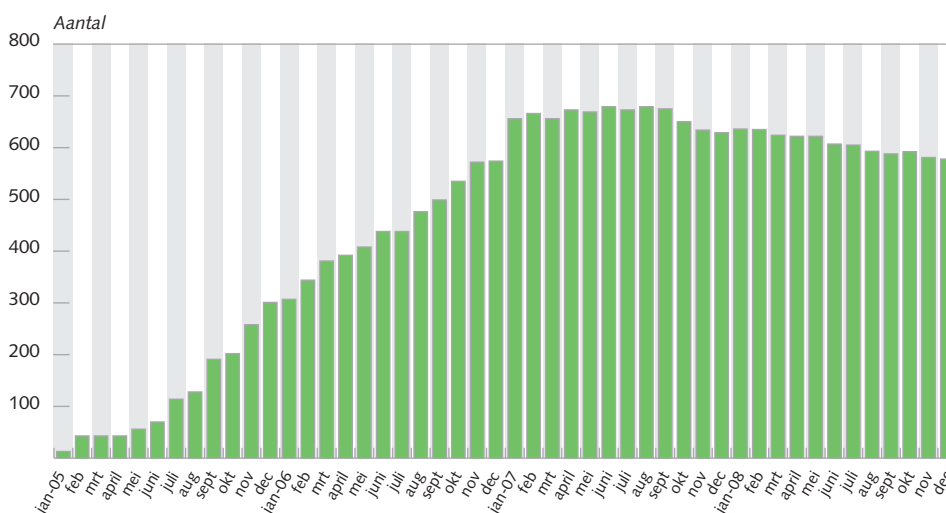
- De ISD is in oktober 2004 van kracht geworden.<sup>12</sup> Een persoon die stelselmatig delicten pleegt, ook al zijn dit kleinere delicten, kan onder deze maatregel maximaal twee jaar gevangen gezet worden.
- De ISD wordt opgelegd door de rechter. De gemaatregelden worden geplaatst in een penitentiaire inrichting. Deelname aan gedragsinterventies en programma's buiten de muren van de inrichting is mogelijk.
- De ISD heeft een capaciteit van 1 000 plaatsen, waarvan 874 in penitentiaire inrichtingen en 126 in zorginstellingen buiten de penitentiaire inrichting. Deze plaatsen

<sup>12</sup> T.K.28980/16, 2004: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28980 nr.16, 2004; T.K.29200/VI 67, 2004: Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 29200 VI, 2004.

zijn niet geheel bezet: in 2007 waren er gemiddeld 662 personen die onder de ISD vielen, in 2008 607 (figuur 10.2). Het hoogste aantal dat tot nu toe bereikt is was 679 (in juni en augustus 2007). Er zijn grote verschillen naar locatie en arrondissement.

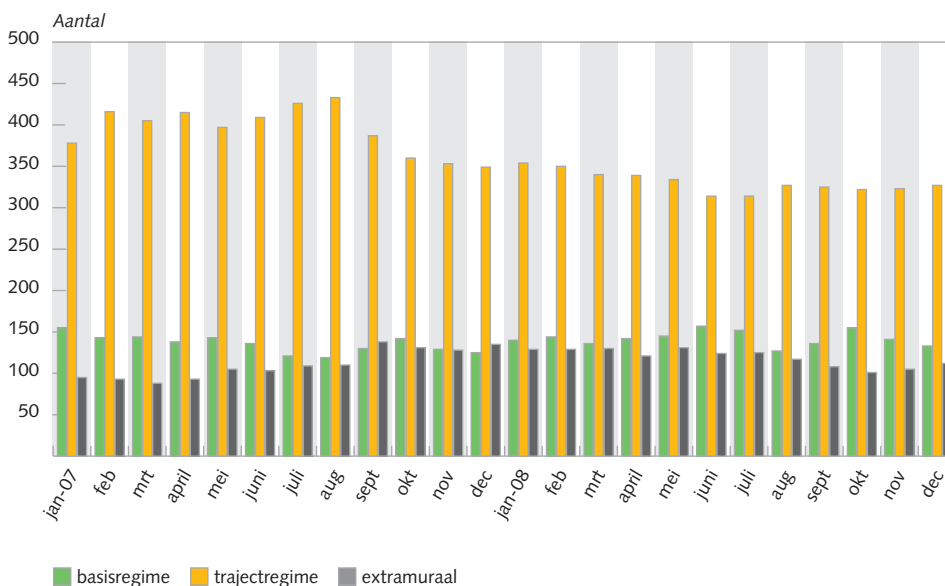
- Het aandeel ISD'ers op de totale populatie gedetineerden bedroeg in 2007 en 2008 vijf procent.
- In januari 2005 werden de eerste ISD'ers geplaatst. In dat jaar werden 310 ISD-maatregelen opgelegd. In 2006 kwamen er 330 nieuwe ISD'ers bij, in 2007 295 en in 2008 292. Het aantal ISD'ers nam dus toe tot 2007, maar daalde licht in 2008. In 2009 deed zich een verdere daling voor (naar 235).
- Van deze ISD'ers verbleven er in 2007 gemiddeld per maand 135 in basisregime (dat wil zeggen: zonder gedragsinterventies; 21%), 394 (62%) participeerden in een gedragsinterventie binnen de penitentiaire inrichting en 110 (17%) in een zorgprogramma buiten de inrichting. In 2008 verbleven er gemiddeld per maand 142 (24%) in basisregime, 332 (56%) zaten in een intramuraal trajectregime en 119 (20 procent) in een extramuraal traject. De meesten volgen dus een trajectregime in de penitentiaire inrichting (figuur 10.3).
- De implementatie van de ISD kende knelpunten (Goderie en Lünemann, 2008; Inspectie voor de Sanctietoepassing, 2008). Onder andere bleek de doelgroep problematischer dan voorzien. Het personeel was hier niet voor toegerust. Ook zijn haperingen in de aansluiting op de nazorg gerapporteerd (Inspectie voor de Sanctietoepassing, 2008). De lokale samenwerking is verbeterd en er zijn verbeteringen doorgevoerd.

**Figuur 10.2 Aantal ISD'ers, januari 2005 - december 2008<sup>1</sup>**



*1. De maatregel duurt maximaal twee jaar. Er is voortdurende in- en uitstroom. Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2009.*

Figuur 10.3 Aantal ISD'ers in verschillende regimes, januari 2007 – december 2008



Bron: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2009.

- Hoewel er ook vrouwelijke ISD'ers zijn, is de meerderheid man (Biesma et al., 2006; Goderie en Lünemann, 2008; Goderie, 2009). De gemiddelde leeftijd was in 2008 39-40 jaar, met een range van 21 tot 62 jaar.
- Alle ISD'ers hebben problemen met middelengebruik, 90 procent kampt met hard-drugsproblematiek. Een deel heeft ook ernstige psychiatrische problematiek en/of beperkte intellectuele capaciteiten (Goderie en Lünemann, 2008; Goderie, 2009; Ganpat, Wits, Schoenmakers en Greeven, 2009). Er zijn echter ook ISD'ers zonder actuele psychische stoornissen en ISD'ers bij wie het middelengebruik minder op de voorgrond staat (Ganpat, Wits, Schoenmakers en Greeven, 2009).
- Bij de delicten gaat het in bijna driekwart van de gevallen om diefstal of inbraak (Goderie en Lünemann, 2008; Ganpat, Wits, Schoenmakers en Greeven, 2009).
- Er is vaak sprake van een combinatie en onderlinge verwevenheid van drugsgebruik, psychische problemen, criminaliteit en maatschappelijke problemen. Dit maakt de problematiek van ISD'ers hardnekkig en laat zien dat ze een kwetsbare groep vormen (Ganpat, Wits, Schoenmakers en Greeven, 2009).
- Het incapacitatie-effect van de ISD zou substantieel kunnen zijn, maar hiervan bestaan nog slechts grove schattingen (Goderie en Lünemann, 2008; Van Ooyen, 2009; Van Velthoven en Moolenaar, 2009).



# Bijlage A Verklaring van begrippen

Deze bijlage bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden begrippen verklaard op het terrein van middelengebruik en verslaving. In het tweede deel worden begrippen verklaard op het terrein van de drugscriminaliteit.

## I. Middelengebruik en verslaving

### **Actueel gebruik**

Het gebruik van een middel in de afgelopen maand, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers (gebruik afgelopen jaar), die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

### **Afhankelijkheid**

Zie: Verslaving.

### **Allochtoon, buitenlands, etnisch**

Door verschillen in definities zijn cijfers over allochtonen niet altijd met elkaar vergelijkbaar. Enkele definities zijn:

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit Jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "allochtoon" is een inwoner van Nederland die in het buitenland is geboren, of een inwoner van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren.

Volgens het CBS: "allochtoon" is een inwoner van Nederland van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren, ongeacht het geboorteland van de persoon zelf.

Volgens de GGD Amsterdam: "buitenlander" is een inwoner die zelf in het buitenland is geboren.

Volgens het LADIS: "allochtoon" is een cliënt die volgens de eigen beleving een culturele herkomst heeft van buiten Nederland.

### **Ambulante verslavingszorg**

Verslavingszorg waarbij de cliënt niet wordt opgenomen in een instelling. Bij intramurale verslavingszorg wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling.

### **Autochtoon**

Volgens het ministerie van Binnenlandse Zaken, de VNG, het Peilstationsonderzoek scholieren, de Antenne-monitor en meestal gehanteerd in dit jaarbericht (tenzij anders aangegeven): "autochtoon" is een persoon die in Nederland is geboren én wiens beide ouders in Nederland zijn geboren.

### **Boerencoke**

Anders dan de naam suggereert, is “boerencoke” géén vorm van coke, dat wil zeggen cocaïne. Boerencoke is speed, dat wil zeggen amfetamine. De uitdrukking “boerencoke” is ontstaan uit het gebruik van amfetamine door plattelandsjongeren als een goedkoper vervangingsmiddel voor de duurdere cocaïne. Amfetamine die op deze manier wordt gebruikt werd daarom aanvankelijk betiteld als “de boerenkool van de coke”. Deze uitdrukking is vervolgens verkort tot de nu gangbare uitdrukking “boerencoke”.<sup>22;119</sup>

### **Buprenorfine**

Net als methadon is buprenorfine een vervangingsmiddel voor heroïne en wordt het als medicijn gebruikt voor de behandeling van heroïneverslaving. Vergeleken met methadon heeft buprenorfine als voordeel dat er minder risico's zijn verbonden aan een overdosis, er minder ontweningsverschijnselen zijn na het stoppen met gebruik en het risico op misbruik en verslaving lager is.

### **Chinezen**

Het roken van heroïne vanaf folie.

### **Cliënt LADIS**

Cliënt van de (ambulante) verslavingszorg waarvan enkele gegevens over diens achtergrond, hulpvraag en ontvangen hulp anoniem staan geregistreerd in het LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Cliënten staan ingeschreven bij de verslavingszorg voor vele vormen van hulp variërend van een therapeutische behandeling tot hulp in de vorm van schuldsanering, methadonverstrekking, reclassering, of gecontroleerde toegang tot een gebruikersruimte. Cliënten die na enige tijd geen gebruik meer maken van de hulpverlening, worden automatisch uitgeschreven en tellen niet meer mee met het aantal cliënten. Binnen het LADIS wordt gecorrigeerd op dubbeltellingen. Dezelfde persoon telt maar één keer mee bij de bepaling van het aantal cliënten.

### **Dagopname**

Opname in een ziekenhuis voor maximaal één dag waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis.

### **DSM**

DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Verslaving is volgens de DSM één van de psychische stoornissen. De DSM-III-r is de derde gewijzigde (revised) versie en de DSM-IV is de vierde versie.

### **Gebruik**

Het gebruik van een middel ooit in het leven (ooitgebruik), in het afgelopen jaar (recent gebruik), of in de afgelopen maand (actueel gebruik). Actuele gebruikers tellen automatisch mee met de recente gebruikers, die weer automatisch meetellen met de ooitgebruikers.

### **Gemakszaken**

Zie: Tabaks- en gemakszaken.

### **Hallucinaties**

Gewaarwording (zien, horen of voelen) die iemand heeft, maar die andere mensen niet hebben. Hallucinaties kunnen een symptoom zijn van een psychische stoornis, maar worden door sommige mensen bewust opgeroepen via hallucinogenen.

### **Hallucinogenen**

Middelen die hallucinaties oproepen zoals paddo's en LSD. Ook wel psychodysleptica genoemd. Ook cannabis kan soms hallucinaties veroorzaken.

### **Hardcore**

Harde vorm van muziek op houseparty's.

### **Harddrugs**

Drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, crack, ecstasy en amfetamine.

### **Hepatitis**

Een erg besmettelijke ziekte waarbij de lever wordt aangetast door het hepatitis virus. Het hepatitis virus komt voor in verschillende vormen: het hepatitis A, het hepatitis B en het hepatitis C virus. HBV is het hepatitis B virus en HCV is het hepatitis C virus.

### **Hoofddiagnose**

De belangrijkste ziekte waarvoor iemand in ziekenhuis wordt opgenomen.

### **ICD**

International Classification of Diseases. De ICD is het diagnostisch classificatiesysteem van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) voor lichamelijke ziektes, ongevallen en psychische stoornissen. Ook doodsoorzaken worden in ICD-codes geregistreerd. De ICD-9 is de negende en de ICD-10 is de tiende versie. Zie ook bijlage C.

### **Intramurale verslavingszorg**

Verslavingszorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

**Klinische opname**

Opname in een ziekenhuis waarbij de patiënt één of meer nachten in het ziekenhuis verblijft.

**Mellow**

Vorm van muziek op houseparty's die melodieus is en minder hard dan hardcore muziek.

**Misbruik**

Een vorm van problematisch gebruik van een middel waarbij (nog) geen sprake is van verslaving. Misbruik wordt vastgesteld via diagnostische classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Kenmerken van misbruik zijn: verplichtingen thuis op school of op het werk niet nakomen, gebruik in gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld autorijden onder invloed), in aanraking komen met justitie en doorgaan met het gebruik ondanks de problemen die daardoor ontstaan.

**Narcotica**

Verdovende middelen. Algemene (maar incorrecte) verzamelnaam voor drugs.

**Nederwiet**

Wiet (een cannabisproduct) die in Nederland wordt geproduceerd.

**Nevendiagnose**

Een aanvullende of onderliggende ziekte waarvoor iemand, naast de belangrijkste ziekte (de hoofddiagnose), in het ziekenhuis wordt opgenomen.

**Ooitgebruik**

Het gebruik van een middel ooit in het leven, ongeacht de frequentie (van éénmalig tot dagelijks). Het ooitgebruik zegt nog niets over het recent of het actueel gebruik. Iemand die al lang geleden eens met een middel experimenteerde dat voor de toenmalige generatie populair was, blijft de rest van zijn of haar leven meetellen met de ooitgebruikers.

**Parkstad Limburg**

Het samenwerkingsverband tussen de Zuid-Limburgse gemeenten Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal. (De gemeente Nuth heeft zich inmiddels onttrokken aan het samenwerkingsverband.)

**Partydrugs**

Drugs die door sommige feestgangers worden gebruikt op feesten, zoals ecstasy, amfetaminen, cannabis, GHB en LSD.

**Polydrugsgebruik**

Het gebruik van meerdere drugs door elkaar, bijvoorbeeld heroïne en cocaïne.



**Primair probleem**

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het primaire probleem het middel dat de grootste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het secundaire probleem.

**Primaire doodsoorzaak**

De directe oorzaak van iemands overlijden. Overlijdt iemand direct door een overdosis drugs, dan is dat de primaire doodsoorzaak. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond onder de invloed van een drug, dan is het ongeval de primaire doodsoorzaak. De drug is dan een secundaire doodsoorzaak.

**Problematisch gebruik**

Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

**Psychodysleptica**

Zie: Hallucinogenen.

**Psychonauten**

Een "psychonaut" is letterlijk iemand die op reis gaat in de geest. Als psychonauten drugs gebruiken, dan doen ze dat om hun mentale ontdekkingsreis te stimuleren. Sommige psychonauten gebruiken alleen natuurlijke drugs zoals paddo's en cactussen. Andere psychonauten gebruiken ook synthetische drugs als mentaal vervoersmiddel. Op de website [www.psychonaut.com](http://www.psychonaut.com) wisselen psychonauten hun ervaringen uit.

**Psychose**

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die die door andere mensen niet worden waargenomen. Duurt de stoornis niet langer dan één maand, dan spreekt men van een kortdurende psychotische stoornis.

**Recent gebruik**

Het gebruik van een middel in het afgelopen jaar, ongeacht de frequentie (van eenmalig tot dagelijks). Recente gebruikers tellen automatisch mee met de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven).

**Recreatief gebruik**

Gebruik van een middel (doorgaans in de vrije tijd) waarbij van het middel wordt genoten zonder dat er sprake is van problematisch gebruik (misbruik of verslaving).

### **Schizofrenie**

Psychische stoornis waarbij iemand hallucinaties heeft, dat wil zeggen dingen ziet, hoort of voelt die door andere mensen niet worden waargenomen. Door de stoornis funktioneert men slechter op school, werk en in het gezin. Men spreekt pas van schizofrenie als de stoornis minimaal zes maanden duurt.

### **Secundair probleem**

Heeft iemand problemen met twee (of meer) middelen, dan is het secundaire probleem het middel dat relatief de minste problemen veroorzaakt. Het andere middel is dan het primaire probleem.

### **Secundaire doodsoorzaak**

Een oorzaak die indirect heeft bijgedragen aan het overlijden. Overlijdt iemand door een ongeval dat plaatsvond terwijl hij/zij onder de invloed was van een drug, dan is de drug een secundaire doodsoorzaak.

### **Softdrugs**

Drugs op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Drugs waarvan het risico voor de volksgezondheid als minder groot wordt ingeschat dan het risico van de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

### **Startleeftijd**

Leeftijd waarop iemand voor het eerst een middel heeft gebruikt. De startleeftijd kan worden bepaald voor de ooitgebruikers (gebruik ooit in het leven), de recente gebruikers (gebruik in het afgelopen jaar) en de actuele gebruikers (gebruik in de afgelopen maand). Ook kan de startleeftijd worden bepaald voor verschillende leeftijdsgroepen. De startleeftijd hangt af van de groep waarvoor deze wordt berekend. Zo lag in 2005 voor de ooitgebruikers van cannabis de startleeftijd in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar op gemiddeld 16,4 jaar en in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 64 jaar op gemiddeld 19,6 jaar. De gemiddelde startleeftijd kan in een jonge leeftijdsgroep lager zijn dan in een brede leeftijdsgroep doordat eventuele 'late starters' van een middel niet worden meegenomen in de berekeningen. Op hogere leeftijd kunnen echter vertekeningen optreden in de herinnering van de leeftijd waarop men voor het eerst een middel gebruikte. Gegevens over startleeftijd moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

### **Tabaks- en gemakszaken**

Winkels waarin doorgaans producten worden verkocht zoals tabaksproducten (sigaretten, sigaren, shag), rokersbenodigdheden (pijpen, aanstekers), tijdschriften, kranten, wenskaarten, snacks, zoetwaren en loten (staatsloten, lottoformulieren, krasloten).

### **THC**

Tetrahydrocannabinol, het belangrijkste psychoactieve bestanddeel van cannabis.

## **Verslaving**

Problematisch gebruik van een middel waarbij sprake is van afhankelijkheid. Doorgaans verstaat dit Jaarbericht onder “verslaving” de klinische diagnose van afhankelijkheid. Voor justitiële monitors is het echter niet mogelijk om klinische diagnoses te stellen. Justitiële monitors registreren bijvoorbeeld extra gevaar vanwege drugsgebruik of ‘duidelijke aanwijzingen voor verslaving’ (zie §8.3.2., SRM). De klinische diagnose van afhankelijkheid wordt vastgesteld via classificatiesystemen als de DSM en de ICD. Kenmerken van afhankelijkheid zijn: vaak in grote hoeveelheden of langere tijd gebruiken, steeds meer van het middel nodig hebben voor het gewenste effect (gewenning), onthoudingsverschijnselen, het middel gebruiken tegen onthoudingsverschijnselen, willen stoppen terwijl dat niet lukt, veel tijd besteden om aan het middel te komen of om er van te herstellen, opgeven van belangrijke bezigheden thuis, op school, op het werk, of de vrije tijd en doorgaan met het gebruik ondanks het besef dat dit veel problemen oplevert.

## **Voortgezet speciaal onderwijs**

Onderwijs voor Moeilijk Lerende Kinderen (MLK), onderwijs voor kinderen met Leeren OpvoedingsMoeilijkheden (LOM) en onderwijs voor Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK).

## **II. Drugscriminaliteit<sup>13</sup>**

### **Afdoening door de rechter**

Eindbeslissing, door schuldigverklaring, vrijspraak, ontslag van alle rechtsvervolging of een van de overige einduitspraken.

### **Afdoening door openbaar ministerie**

Eindbeslissing over een bij het parket ingeschreven proces-verbaal door sepot, voeging ad informandum, voeging ter berechting, transactie of overdracht aan de afdeling rechtbankzaken van een ander parket.

### **Antecedent**

Een antecedent is een politiecontact waarbij proces-verbaal van één of meer misdrijven is opgemaakt.

### **Beleidssepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit op grond van het algemeen belang.

Zie ook: Sepot.

---

<sup>13</sup> Bron van begrippenlijst: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003; Bewerking WODC.

### **Dagvaarding**

Officieel geschrift (deurwaardersexploot) dat iemand oproept op een bepaalde tijd voor de rechter te verschijnen in verband met het de vervolging van een aan de opgeroepene ten laste gelegd strafbaar feit (strafprocesrecht).

### **Drang**

Bij drang probeert men een gebruiker, die zich in het strafrechtelijk systeem bevindt vanwege een zoveelste delict, in de richting van een zorgtraject te 'duwen'. De gebruiker krijgt de keuze tussen een zorgtraject of een strafrechtelijke sanctie. De keuze wordt beïnvloed: als de gebruiker kiest voor een zorgtraject kan hij niet alleen zijn situatie verbeteren, maar worden ook de verdere vervolging en straf geschorst of opgeschort. Doet hij dat niet, of houdt hij zich niet aan de voorwaarden van justitie, dan volgt tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke sanctie.

### **Dwang**

Bij dwang heeft de gebruiker in tegenstelling tot "drang" geen keuze. Hij kan worden opgenomen zonder zijn instemming.

Zie ook: Drang.

### **Eerste aanleg, (in -)**

Primaire rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.

Zie ook: Hoger beroep.

### **Eindvonnis**

Uitspraak door de rechter, die een burgerlijke zaak, begonnen met een dagvaarding, voor een bepaalde instantie definitief beëindigt.

Zie ook: Tussenvonnis.

### **Gevangenisstraf**

Vrijheidsstraf, levenslang of tijdelijk met een strafduur van ten hoogste twintig jaar, in de regel ondergaan in een gevangenis.

Zie ook: Hechtenis.

### **Gewone strafzaak rechtbanken**

Strafzaak die in eerste aanleg tot de competentie van de rechtbank behoort, met uitzondering van fiscale en economische delicten.

### **Hechtenis**

Principale - : vrijheidsstraf met een strafduur van maximaal 1 jaar en 4 maanden, van lichtere aard dan gevangenisstraf en in de regel ondergaan in een huis van bewaring

Subsidaire - : vrijheidsstraf vanwege niet of niet volledige betaling van geldboete.

**Hoger beroep**

Gewoon rechtsmiddel, ook appèl genoemd, toegekend aan iedere in eerste instantie verschenen en geheel of ten dele in het ongelijk gestelde partij; inzet van het geding is de in eerdere instantie gewezen beslissing.

**Inverzekeringstelling**

Vrijheidsbeneming gedurende ten hoogste vier dagen op bevel van de (hulp-)officier van justitie, wanneer de tijd dat een verdachte voor verhoor mag worden opgehouden (zes uur) niet voldoende is.

**Meerderjarige verdachte**

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit 18 jaar of ouder is.

**Minderjarige verdachte**

Degene die ten tijde van begaan van een strafbaar feit jonger is dan 18 jaar. Afhandeling van (jeugd)zaken van eenvoudige aard gebeurt veelal via Halt(bureaus).

NB. Niemand kan strafrechtelijk worden vervolgd voor een feit begaan voordat hij de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt.

**Misdrijf**

Strafbaar feit van de zware soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten in misdrijven en overtredingen is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; berechting in eerste aanleg gebeurt in de meeste gevallen door de rechtbank.

Zie ook: Overtreding.

**Niet-ontvankelijkheid**

Eindbeslissing waarbij de rechter het verzoek of de eis van een partij afwijst of het openbaar ministerie het recht te vervolgen ontzegt, op een grond die buiten de zaak zelf ligt (zoals een procedurefout).

**Onherroepelijke uitspraak**

Beslissing van de rechter waartegen geen (gewoon) rechtsmiddel meer openstaat.

**Ontslag van (alle) rechtsvervolgning**

Beslissing van de rechter, waarbij hij het door de officier van justitie ten laste gelegde feit wel bewezen acht maar van oordeel is dat het feit of de verdachte niet strafbaar is.

Zie ook: Schuldigverklaring, Vrijspraak.

**Openbaar ministerie (OM)**

Overheidsorgaan met als taken: wetten te handhaven, strafbare feiten op te sporen en te vervolgen, strafvonnissen ten uitvoer te leggen en de rechter te informeren voor zover de wet dat voorschrijft.

### **Opgehelderd misdrijf**

Misdrijf waarbij tenminste één verdachte bij de politie bekend werd, ook al is hij voortvluchtig of ontkent hij het (strafbare) feit te hebben gepleegd.

### **Ophelderingspercentage**

Het totaal aantal in een bepaalde periode opgehelderde misdrijven in relatie tot het totaal aantal in dezelfde periode door de politie opgemaakte processen-verbaal terzake van gelijk(soortig)e misdrijven, uitgedrukt in procenten.

### **Overtreding**

Strafbaar feit van de lichte soort, als zodanig aangeduid in de strafwetten; indeling van strafbare feiten is van belang bij het procesrecht (absolute competentie en rechtsmiddelen) en de strafbaarstelling; afdoening veelal met een schikking/transactie via het openbaar ministerie of berechting in eerste aanleg door de rechtbank sector kanton. Zie ook: Misdrijf.

### **Proces-verbaal**

Op schrift gestelde verklaring van een opsporingsambtenaar over door hem waargenomen feiten of omstandigheden.

### **Rechtbank**

Rechtscollege dat in eerste aanleg kennis neemt van alle zaken waarvoor niet een andere rechter is aangewezen. Er zijn 19 rechtbanken.

NB. De sector kanton (vroeger: kantongerecht) is sinds 1 januari 2002 opgenomen in de organisatie van de rechtbank.

### **Reclassering**

Instantie die zich ten doel stelt door haar inspanningen een aantoonbare bijdrage te leveren aan de herinpassing van reclasseringscliënten in de samenleving. Daarmee wordt tevens beoogd herhaling van strafbaar gedrag te voorkomen. Dit doet zij door onderzoek en rapportage omtrent de persoon en omstandigheden van de verdachte of veroordeelde, het opstellen van plannen van aanpak om de gestelde doelen te bereiken, het uitoefenen van begeleiding en toezicht tijdens de uitvoering daarvan en het toezicht op de uitvoering van taakstraffen. Slechts in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en de kans op succes in grote mate aanwezig lijkt, zullen intensieve programma's met dat doel worden aangewend.

### **Schuldigverklaring**

Uitspraak door de rechter, waarbij hij het door het openbaar ministerien laste gelegde feit bewezen en een strafbaar feit acht en van oordeel is dat de verdachte strafbaar is.

**Sepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het, op beleidsmatige of technische gronden, afziet van vervolging van een geconstateerd strafbaar feit.

Zie ook: Beleidssepot, Technisch sepot.

**Strafzaak**

Het bij een parket ter vervolging ingeschreven proces-verbaal ten aanzien van één verdachte.

**Technisch sepot**

Beslissing van het openbaar ministerie waarbij het afziet van vervolging van een strafbaar feit omdat het van mening is dat vervolging niet tot een veroordeling zal leiden (bijvoorbeeld omdat voldoende bewijs ontbreekt of omdat het feit of de verdachte niet strafbaar is).

**Transactie (juridisch)**

Het onder bepaalde omstandigheden ter voorkoming van strafvervolging voldoen aan een of meer door de opsporingsambtenaar (politie) of het openbaar ministerie (officier van justitie) gestelde voorwaarden, zoals het betalen van een geldsom ('boete'), waardoor het recht tot strafvervolging vervalt.

**Verdachte**

Voor het begin van de vervolging is hij degene van wie uit feiten of omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit wordt aangenomen, daarna is hij degene tegen wie de vervolging is gericht.

**Vervroegde invrijheidstelling**

Het uit hoofde van de wet in beginsel vervroegd vrijlaten uit de penitentiaire inrichting van tot duurzame vrijheidsstraf veroordeelde personen.

**Voeging ad informandum**

Het voegen, door het openbaar ministerie, van een strafzaak zonder tenlastelegging bij een andere zaak die aan de rechter wordt voorgelegd, met het doel de rechter bij de bepaling van de strafmaat rekening te laten houden met de gevoegde zaak.

Zie ook: Afdoening door openbaar ministerie.

**Voeging ter berechting**

Het samenvoegen, door het openbaar ministerie, van ingeschreven strafzaken, met het doel de rechter bij één vonnis verschillende zaken tegelijk te laten afdoen.

Zie Afdoening door openbaar ministerie.

**Voeging ter zitting**

Het samenvoegen, door de rechter, van onder verschillende parketnummers ingeschreven strafzaken, met het doel deze zaken als één strafzaak te behandelen.

Zie Afdoening door de rechter.

**Vonnis**

Gemotiveerde bindende uitspraak van de rechter in een voor hem gevoerd rechtsgeding.

Zie ook: Arrest, Tussenvonnissen.

**Voorlopige hechtenis**

Vrijheidsbeneming in een huis van bewaring voorafgaand aan behandeling ter terechtzitting, in het algemeen toegepast bij verdenking van een ernstig delict (misdrijf waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld), op grond van ernstig vluchtgevaar en/of een gewichtige reden van maatschappelijke veiligheid, bij voorbeeld vrees voor herhaling.

**Vrijspraak**

Uitspraak, door de rechter, waarbij hij niet bewezen acht dat het door de officier van justitie ten laste gelegde feit door de verdachte is gepleegd.

Zie ook: Ontslag van rechtsvervolging, Schuldigverklaring.



## Bijlage B Bronnen

Deze bijlage geeft een schematisch overzicht van de belangrijkste bronnen van de Nationale Drug Monitor (NDM) voor achtereenvolgens (I) het gebruik en problematisch gebruik, (II) hulpvraag en behandeling, (III) ziekte en sterfte, (IV) marktinformatie en (V) justitiële gegevens. Voor een uitgebreidere beschrijving van de bronnen: zie [www.trimbos.nl/monitors](http://www.trimbos.nl/monitors), of [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl), of [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).

## I. Gebruik en problematisch gebruik

Bron	Doelgroep	Middelen	
Peilstationsonderzoek scholieren	Scholieren van 10-18 jaar in de twee hoogste groepen van de basisscholen en het 'reguliere' voortgezet onderwijs: brugklas, VMBO, HAVO en VWO, soms projecten op bijzondere scholen	Alcohol, drugs, tabak	
Antenne	Uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Amsterdam	Alcohol, drugs, tabak	
ESPAD	Scholieren van 15 en 16 jaar van het middelbaar onderwijs in 35 Europese landen	Alcohol, drugs, tabak	
Haags Uitgaansonderzoek	Uitgaanders van 16-35 jaar in Den Haag	Alcohol, drugs	
HBSC	Scholieren van 11-17 jaar	Alcohol, cannabis, tabak	
Nationaal Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (TNS NIPO)	Landelijke bevolking van vijftien jaar en ouder	Tabak	
Nationaal Prevalentie Onderzoek (NPO)	Landelijke bevolking van twaalf jaar en ouder (1997, 2001) of 15-64 jaar (2005)	Alcohol, drugs, tabak	
Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)	Landelijke bevolking van 16 tot en met 64 jaar	Alcohol, drugs	
Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS)	Landelijke bevolking van 15-65 jaar	Alcohol, tabak, drugs	

	Metingen	Verantwoordelijke organisatie/Homepage
	1984, 1988, 1992, 1996, 1999, 2003, 2007  Bijzondere scholen, projecten: 1990, 1997; 2008	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
	Jaarlijks sinds 1993, met wisselende keus van doelgroepen voor een survey	Criminologisch instituut Bongers, Universiteit van Amsterdam in samenwerking met Jellinek Preventie www.jur.uva.nl www.jellinek.nl/
	1995, 1999, 2003, 2007	CAN, Pompidou Groep, voor Nederland het Trimbos-instituut www.can.se/
	2002, 2003, 2007	MORE www.denhaag.nl/
	2001, 2005	WHO, voor Nederland: Trimbos-instituut, Radboud Universiteit Nijmegen en Universiteit Utrecht www.hbsc.org www.trimbos.nl
	Jaarlijks	STIVORO www.stivoro.nl
	1997, 2001, 2005	CEDRO, Universiteit van Amsterdam (1997, 2001) www.cedro-uva.org IVO (2005) www.ivo.nl
	NEMESIS 1: 1996 en follow-up in 1997 en 1999; NEMESIS II: 2007 tot en met 2015.	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
	Jaarlijks	CBS www.cbs.nl

## II. Hulpvraag en behandeling

Bron	Doelgroep	Middelen	
Centrale Methadon Registratie (CMR)	Methadoncliënten in de regio Amsterdam	Methadon	
Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS)	Cliënten van de (ambulante) verslavingszorg	Alcohol, drugs	
Dutch Hospital Data (DHD), Landelijke Medische Registratie (LMR)	Ziekenhuispatiënten	Alcohol, drugs	
Letsel Informatie Systeem (LIS)	Patiënten die spoedeisende hulp krijgen na een ongeval (gegevens zijn geëxtrapoleerd)	Alcohol, drugs	

## III. Ziekte en sterfte

Bron	Doelgroep/Onderwerp	Middelen	
Amsterdamse cohortstudie en monitor drugsgerelateerde sterfte	Doodsoorzaken onder methadoncliënten en recreatieve drugsgebruikers in Amsterdam	Harddrugs, recreatieve drugs	
Centrale Post Ambulancevervoer (CPA)	Ambulanceritten voor de bevolking van Amsterdam en omstreken	Alcohol, drugs	
Doodsoorzakenstatistiek	Doodsoorzaken van inwoners van Nederland die staan ingeschreven in het bevolkingsregister en doodsoorzaken uit rechtbankzaken	Alcohol, drugs, tabak	
HIV/aids-registratie	HIV-geïnfecteerden en aids-patiënten onder injecterende drugsgebruikers	Harddrugs	
ROI monitor	Automobilisten	Alcohol	

	Metingen	Verantwoordelijke organisatie/Homepage
	Jaarlijks	GGD Amsterdam www.ggd.amsterdam.nl
	Jaarlijks	IVZ, Houten www.sivz.nl
	Jaarlijks	Stichting DHD dutch.hospitaldata.eu Prismant www.prismant.nl
	Jaarlijks	Stichting Consument en Veiligheid www.veiligheid.nl

	Metingen	Verantwoordelijke organisatie/Homepage
	Jaarlijks vanaf 1976	GGD Amsterdam www.ggd.amsterdam.nl
	Jaarlijks	GGD Amsterdam www.ggd.amsterdam.nl
	Jaarlijks	CBS www.cbs.nl
	half jaarlijks	IGZ, SHM, RIVM www.hiv-monitoring.nl
	Jaarlijks vanaf 1970	AVV, Ministerie van Verkeer en Waterstaat www.rws-avv.nl

## IV. Marktinformatie

Bron	Doelgroep/Onderwerp	Middelen	
Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)	Uitgaansdrugs van recreatieve gebruikers	Uitgaansdrugs	
Monitor gedoogde coffeeshops	Aantal officieel gedoogde coffeeshops, coffeeshopbeleid van gemeenten en handhavingsbeleid	Cannabis	
THC-monitor	THC-gehalte en prijs van cannabismonsters uit coffeeshops	Cannabis	

## V. Justitieel

Bron	Doelgroep/Onderwerp	Middelen	
Cliënt Volg Systeem (CVS)	Productiecijfers verslavingsreclassering, cliënten van de verslavingsreclassering	Alle middelen, geen uitsplitsing	
HerkenningdienstSysteem (HKS)	Processen-verbaal van aangiften; processen-verbaal opgemaakt tegen verdachten; geregistreerde criminele voorgeschiedenis van verdachten	Gevarenclassificatie 'drugsgebruiker' of 'alcoholverlaafd'; Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	
Inbeslagnames en ontmantelingen	Inbeslagnames drugs; aantal opsporingsonderzoeken, 'opgerolde' hennepkwekerijen; ontdekte productieplaatsen van synthetische drugs	Alle middelen, uitsplitsing naar type drug	
Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD)	Beleidsinformatie over strafrechtspleging; geanonimiseerde kopie van het Justitieel Documentatie Systeem	Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	
Openbaar Ministerie Data (OMDATA)	Landelijke database van het Parket-Generaal met gegevens over vervolging en berechting in eerste aanleg	Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	

	Metingen	Verantwoordelijke organisatie/Homepage
	Continu; jaarlijkse rapportage	Trimbos-instituut www.trimbos.nl
	1997, 1999, jaarlijks van 2000-2005, daarna tweejaarlijks	WODC www.wodc.nl/
	Twee keer per jaar (tot 2009); vanaf 2010 een keer per jaar; jaarlijkse rapportage	Trimbos-instituut www.trimbos.nl

	Metingen	Verantwoordelijke organisatie/Homepage
	Dagelijkse dossiervorming	Stichting Verslavingsreclassering Nederland (SVG) in samenwerking met Reclassering Nederland en reclassering van het Leger des Heils www.ggz nederland.nl
	Actualisatie eind eerste kwartaal over hele voorgaande kalenderjaar; tevens extractie definitieve cijfers over jaar daarvoor (vanwege verwerkingsachterstanden)	De unit Kennis en Ontwikkeling, afdeling Onderzoek en Analyse van de dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke politiediensten (K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's; Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie (WODC) beschikt over een kopie www.politie.nl/KLPD/ www.wodc.nl/
	Continue registratie, jaarlijkse rapportage	K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's www.politie.nl/KLPD/ Expertisecentrum Synthetische Drugs
	Vier keer per jaar actualisatie	WODC www.wodc.nl/
	Drie keer per jaar actualisatie	Openbaar Ministerie en Raad voor de Rechtspraak. Het Parket Generaal verzamelt en beheert de gegevens. Het WODC beschikt over een kopie www.wodc.nl/

Bron	Doelgroep/Onderwerp	Middelen	
Opsporingsonderzoeken Georganiseerde Criminaliteit	Opsporingsonderzoeken door de Nederlandse politie naar ernstiger vormen van georganiseerde criminaliteit; overtreders van onder meer de Opiumwet die samenwerken in georganiseerd verband	Uitsplitsing naar hard- en softdrugs	
Ten UitvoerLegging van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen in Penitentiaire inrichtingen (TULP)	Kenmerken van gedetineerden, delicten, duur van de opgelegde straffen en kenmerken van de inrichtingen; Justitiële Jeugdinstellingen (TULP/JJI) en TBS-instellingen worden apart geregistreerd	Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	
WODC-Recidivemonitor	Langlopend onderzoeksproject met gestandaardiseerde recidivemetingen onder verschillende groepen justitiabelen	Opiumwetdelicten uitsplitsbaar naar hard- en softdrugs	
WODC-Veelplegermonitor	Monitor die volwassen zeer actieve veelplegers volgt. Koppelingen van verschillende databases, onder andere van politie, CBS, reclassering en verslavingszorg.	Probleemmiddel en delictgedrag van zeer actieve veelplegers	



	Metingen	Verantwoordelijke organisatie/Homepage
	Jaarlijkse rapportage	K&O/O&A/dNRI/KLPD, in samenwerking met de politieregio's <a href="http://www.politie.nl/KLPD/">www.politie.nl/KLPD/</a>
	Continue registratie	Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie <a href="http://www.dji.nl/">www.dji.nl/</a>
	Rapportages op basis OBJD	WODC <a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>
	Jaarlijkse rapportage, echter nu (2009) geen koppeling meer aan Ladis.	WODC <a href="http://www.wodc.nl/">www.wodc.nl/</a>



# Bijlage C Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes

## Verklaring van ICD-9 codes

ICD-9 code	Verklaring
162	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea, bronchus en long
291	Alcohol psychosen
292	Drug psychosen
303	Alcoholverslavingsyndroom
304	Verslaving aan drugs
304.0	Verslaving aan opiaten en dergelijke
304.2	Verslaving aan cocaïne
304.3	Verslaving aan cannabis
304.4	Verslaving aan amfetamine en andere psychostimulantia
304.7	Verslaving aan opiaten in combinatie met andere drugs
305	Misbruik van drugs of andere middelen zonder verslaving
305.0	Misbruik van alcohol
305.2	Misbruik van cannabis
305.3	Misbruik van hallucinogenen
305.4	Misbruik van barbituraten of van sedativa en hypnotica met verwante werking
305.5	Misbruik van opiaten
305.6	Misbruik van cocaïne
305.7	Misbruik van amfetamine of sympathicomimetica met verwante werking
305.8	Misbruik van antidepressiva en dergelijke
305.9	Misbruik van overige, gemengde of niet gespecificeerde middelen
357.5	Alcoholische polyneuropathie
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980.0-1	Toxisch gevolg van alcohol
E850	Accidentele vergiftiging door analgetica, antipyretica en antireumatica
E850.0	Accidentele vergiftiging door heroïne
E854.1	Accidentele vergiftiging door psychodysleptica (hallucinogenen)
E854.2	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
E855.2	Accidentele vergiftiging door lokale anesthetica (waaronder cocaïne)
E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
E950.9*	Suicide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

\* Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 vermeld is.

## Verklaring van ICD-10 codes

ICD-10 code	Verklaring
C33	Kwaadaardige nieuwvormingen van trachea
C34	Kwaadaardige nieuwvormingen van bronchus en long
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
F11	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van opiaten
F12	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cannabis
F13	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van sedativa en hypnotica
F14	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van cocaïne
F15	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van overige stimulerende middelen
F18	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van vluchtige oplosmiddelen
F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van meerdere drugs en andere psychoactieve middelen
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)
X41 + T43.6	Accidentele vergiftiging door psychostimulantia
X42	Accidentele vergiftiging door narcotica en psychodysleptica (hallucinogenen) niet elders geassocieerd
X42 + T40.5	Accidentele vergiftiging door cocaïne
X45*	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X61 + T43.6	Suicide door psychostimulantia
X65*	Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol
Y11 + T43.6	Vergiftiging door psychostimulantia waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden
Y15*	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol- opzet niet bepaald

\*Alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 vermeld is.

## Bijlage D Internetadressen op het gebied van alcohol en drugs

**Arkin**

<http://www.arkin.nl>

**Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)**

<http://www.aihw.gov.au/>

**Bouman GGZ**

<http://www.boumanggz.nl/>

**Brijder Verslavingszorg**

<http://www.brijder.nl/>

**Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)**

<http://www.cbs.nl/>

**Centrum Maliebaan**

<http://www.centrummaliebaan.nl/>

**De Hoop ggz**

<http://www.dehoop.org/>

**Dutch Hospital Data (DHD)**

<http://dutch.hospitaldata.eu>

**Emergis Verslavingszorg**

<http://www.emergis.nl/verslavingszorg/>

**European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS**

<http://www.eurohiv.org/>

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)**

<http://www.emcdda.europa.eu/>

**Europese Commissie, Taxation and Customs Union**

[http://europa.eu.int/comm/taxation\\_customs/publications/info\\_doc/info\\_doc.htm#Excises](http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/publications/info_doc/info_doc.htm#Excises)

**Europol**

<http://www.europol.europa.eu/>

**GGD Amsterdam**

<http://www.ggd.amsterdam.nl/>

**GGD Nederland**

<http://www.ggd.nl/>

**GGZ Noord- en Midden-Limburg/Verslavingszorg (GGZ-NML)**

<http://www.ggz-groepnlimburg.nl/>

**GGZ Nederland**

<http://www.ggz nederland.nl>

**Inspectie voor de Gezondheidszorg**

<http://www.igz.nl/>

**IVO**

<http://www.ivo.nl/>

**Intraval. Bureau voor onderzoek en advies**

<http://www.intraval.nl/>

**IrisZorg**

<http://www.iriszorg.nl/>

**Jellinek Mentrum (Amsterdam)**

<http://www.jellinekmentrum.nl/>

**Korps Landelijke Politiediensten (KLPD)**

<http://www.politie.nl/klpd/>

**Ministerie van Justitie**

<http://www.justitie.nl/>

**Ministerie van VWS**

<http://www.minvws.nl/>

**Mondriaan Zorggroep/Verslavingszorg**

<http://www.mondriaanzorggroep.nl/>

**Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)**

<http://www.nigz.nl/>

**Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg**

<http://www.novadic-kentron.nl/>

**Openbaar Ministerie**

<http://www.openbaarministerie.nl/>

**Parnassia, Psycho-Medische Zorg**

<http://www.parnassia.nl/>

**Politie**

<http://www.politie.nl/>

**Prismant**

<http://www.prismant.nl/>

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)**

<http://www.rivm.nl/>

**Rijks-Kwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwproducten**

[www.rikilt.dlo.nl/](http://www.rikilt.dlo.nl/)

**STAP, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid**

<http://www.alcoholpreventie.nl/>

**Stichting Consument en Veiligheid**

<http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf>

**Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ)**

<http://www.sivz.nl/>

<http://www.ladisonline.nl>

**STIVORO, voor een rookvrije toekomst**

<http://www.stivoro.nl/>

**Substance Abuse & Mental Health Service Administration (SAMHSA)**

<http://www.samhsa.gov/>

**Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV)**

<http://www.swov.nl>

**TACTUS Verslavingszorg**

<http://www.tactus.nl/>

**Trimbos-instituut**

<http://www.trimbos.nl/>

**Vereniging GGZ Nederland**

<http://www.ggznederland.nl/>

**Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)**

<http://www.vnn.nl/>

**Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)**

<http://www.wodc.nl/>

**World Health Organisation (WHO)**

<http://www.who.int/en/>

**ZonMw**

<http://www.zonmw.nl/>



## Bijlage E Drugsgebruik in enkele nieuwe EU-lidstaten

### Consumptie van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine onder de algemene bevolking van enkele nieuwe Europese lidstaten

Land	Jaar	Leeftijd (jaar) <sup>1</sup>	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy		Amfetamine	
			Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent	Ooit	Recent
Cyprus	2006	15 - 64	6,6%	2,1%	1,1%	0,6%	1,6%	1,0%	0,8%	0,3%
Estland	2003	15 - 69	-	4,6%	-	0,6%	-	1,7%	-	1,3%
Hongarije	2003	18 - 54	9,8%	3,9%	1,0%	0,4%	3,1%	1,4%	2,5%	1,0%
Letland	2003	15 - 64	10,6%	3,8%	1,2%	0,2%	2,4%	0,8%	2,6%	1,1%
Litouwen	2004	15 - 64	7,6%	2,2%	0,4%	0,3%	1,0%	0,4%	1,1%	0,3%
Malta	2001	18 - 64	3,5%	0,8%	0,4%	0,3%	0,7%	0,2%	0,4%	0%
Polen	2006	15 - 64	9,0%	2,7%	0,8%	0,2%	1,2%	0,3%	2,7%	0,7%
Slowakije	2006	15 - 64	16,1%	6,9%	1,2%	0,6%	4,3%	1,6%	1,2%	0,3%
Tsjechië	2004	18 - 64	20,6%	9,3%	1,1%	0,2%	7,1%	3,5%	2,5%	0,7%
Roemenië	2004	15 - 64	1,7%	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarije	2005	18-60	4,4%	1,5%	1,1%	0,3%	1,3%	0,5%	1,4%	0,4%

Percentage gebruikers ooit in het leven en recent (laatste jaar). 1. Drugsgebruik is naar verhouding laag in de jongste (12-15 jaar) en oudere leeftijdsgroepen (>64 jaar). Gebruikscijfers in studies met respondenten die jonger en/of ouder zijn dan de EMCDDA-standaard (15-64 jaar) zullen mogelijk lager uitvallen dan cijfers in studies die de EMCDDA-standaard toepassen. Voor studies met een beperkter leeftijdsbereik geldt het omgekeerde. - = niet gemeten. Bron: EMCDDA.



## Bijlage F Leerlingen op speciaal en regulier voortgezet onderwijs

Leerlingen van 12 tot en met 16 jaar op speciaal en regulier voortgezet onderwijs, aantal (boven) en percentage (beneden), peiljaar 2007/2008

Aantal	Leeftijd					
	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar	12-16 jaar
Speciaal REC-4 <sup>I</sup>	1 082	1 965	2 510	3 124	2 966	11 647
Pro <sup>II</sup>	1 286	4 904	5 557	5 841	5 153	22 741
Lwoo <sup>III</sup>	7 999	23 335	25 415	24 565	16 604	97 918
Regulier	97 043	156 566	158 268	159 230	126 747	697 854
Totaal	107 410	186 770	191 750	192 760	151 470	830 160
<b>%</b>						
Speciaal REC-4 <sup>I</sup>	1%	1%	1%	2%	2%	1%
Pro <sup>II</sup>	1%	3%	3%	3%	3%	3%
Lwoo <sup>III</sup>	7%	12%	13%	13%	11%	12%
Regulier	90%	84%	83%	83%	84%	84%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Aantal leerlingen (boven) en percentage van de leerlingen (beneden). I. REC = Regionaal Expertise Centrum.  
 II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwegondersteunend onderwijs. Bron: CBS, StatLine databank, thema onderwijs.



## Referenties

- Adlaf, E.M., Korf, D.J., Harrison, L., Erickson, P. (2006). Cross-National Differences in Drugs and Violence Among Adolescents: Preliminary Findings of the DAVI Study. *Journal of Drug Issues*, 36: 597-618.
- Adviescommissie Drugsbeleid (2009). *Geen deuren maar daden: nieuwe accenten in het Nederlands drugsbeleid*. Den Haag: Ministeries van VWS, Justitie en BZK.
- AIHW (2008). *2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings*. Canberra: AIHW.
- Anderson, P., Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective: a report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Benschop, A., Harrison, L.D., Korf, D.J., Erickson, P.G. (2006). Different Concepts of Ethnicity in a Cross-Atlantic Study of Violence and Drug Use among Deviant Youth. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 12: 61-78.
- Benschop, A., Nabben, T., Korf, D. (2009). *Antenne 2008: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Bieleman, B., Goeree, P. (2001). *Coffeeshops in Nederland: aantallen en gemeentelijk beleid in 2000*. Groningen: IntraVal.
- Bieleman, B., Kruize, A., Nienhuis, A. (2006). *Monitor alcoholverstrekking jongeren 2005: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drank- en horecawet: metingen 1999, 2001, 2003 en 2005*. Groningen: IntraVal.
- Bieleman, B., Beelen, A., Nijkamp, R., De Bie, E. (2008). *Coffeeshops in Nederland 2007: aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2007*. Groningen: IntraVal.
- Biesma, S., Snippe, J., Bieleman, B. (2004). *Harddrugsgebruikers geregistreerd: aard, omvang en mobiliteit van problematische harddrugsgebruikers in Rotterdam*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
- Biesma, S., Van Zwieten, M., Snippe, J., Bieleman, B. (2006). *ISD en SOV vergeleken: eerste inventarisatie meerwaarde Inrichting voor Stelselmatige Daders boven eerdere Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
- Biesma, S., Beelen, A., Hofman, M., Nijkamp, R., Schaap, F., Bieleman, B. (2009). *Inventarisatie problematische harddrugsgebruikers: Eindhoven, Enschede, Groningen, Heerlen en Utrecht*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Nederlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76(8): 446-457.
- Boekhout van Solinge, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Stichting Mainline.
- Boerman, F., Grapendaal, M., Mooij, A. (2008). *Nationaal dreigingsbeeld 2008: georganiseerde criminaliteit*. Zoetermeer: KLPD-dienst IPOL.

- Bolman, C., De Vries, H., Van Breukelen, G. (2004). Evaluatie van C-MIS, een protocol om hartpatiënten te helpen te stoppen met roken. *TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 82(7): 416-425.
- Bonneux, L.G.A., Looman, C.W.N., Coebergh, J.W. (2003). Sterfte door roken in Nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(19): 917-921.
- Breemer, J.N., De Jong, W.M., Krummacher, N., Wolter, R. (2009). *Pilotproject Actief Testen in de GGZ en maatschappelijke opvang 2007-2008: evaluatierapport*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- Bulten, E., Nijman, H. (2009). Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153(A634): 1-6.
- Buster, M., De Fuentes Merillas, L. (2004). Problematische druggebruikers in Amsterdam Zuidoost. In: P. Tichelman, A. Janssen, A. Verhoef (red.). *Jaarrapportage Volksgezondheid Amsterdam 2003*, p. 163-173. Amsterdam: GG&GD Amsterdam.
- Buster, M., Witteveen, E., Tang, M.J. (2009). *Schatting problematische druggebruikers in Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- CAM (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. Bilthoven: RIVM.
- CAM (2009). *CAM quick scan rapportage levamisol*. Bilthoven: RIVM.
- CAS (2005). *Canadian Addiction Survey (CAS): A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harms: Detailed report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaite, A., Poulton, R., Craig, I.W. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol.Psychiatry*, 57(10): 1117-1127.
- CBO (2004). *Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- CBS (2009a). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: zware rokers onder rokers*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- CBS (2009b). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcoholhoudende dranken (12+): zware drinker*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- CBS (2009c). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcoholhoudende dranken (12+): drinkt nooit alcohol*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- CBS (2009d). *Verbetering gezonde leefstijl stagneert: CBS persbericht PB09-020*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- CBS (2009e). *Jaarrapport 2009 Landelijke Jeugdmonitor*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Chavannes, N.H., Kaper, J., Frijling, B.D., Van der Laan, J.R., Jansen, P.W.M., Guerrouj, S., Drenthen, A.J.M., Bax, W., Wind, W. (2007). NHG-Standaard Stoppen met roken. *Huisarts en wetenschap*, 50(7): 306-314.
- CIV (2009). *Jaarverslag 2007-2008*. Utrecht: CIV.

- Coumans, A.M. (2005). *Survival on the fringes of society: marginalisation of and survival among chronic heroin users*. Maastricht: Universiteit maastricht.
- Coumans, A.M., Knibbe, R.A. (2002). *Druggebruikers in Parkstad Limburg: trends en profielen: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 2001-2002*. Rotterdam: IVO.
- Coumans, A.M., Neve, R.J.M., Van de Mheen, H. (2000). *Het proces van marginalisering en verharding in de drugscene van Parkstad Limburg: resultaten van het Drug Monitoring Systeem 1998 - 2000*. Rotterdam: IVO.
- Coumans, M., Rodenburg, G., Knibbe, R. (2005). *Quick scan naar gemarginaliseerde harddruggebruikers en dak- en thuislozen in de gemeente Maastricht*. Maastricht/ Rotterdam: IVO.
- Cruts, A.A.N., Feenstra, T.L., Van Laar, M.W. (2008a). Ziekte door roken in Nederland: naar schatting 90 duizend klinische ziekenhuisopnamen in 2005. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(26): 1469-1472.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., Van Laar, M. (2008b). Estimating the Total Mortality Among Problem Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 43(5): 733-747.
- Cruts, A.A.N., Van Laar, M.W. (2010). *Aantal problematische harddruggebruikers in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Danaei, G., Ding, E.L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehm, J., Murray, C.J., Ezzati, M. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*, 6(4): e1000058.
- De Boer, I.M., Op de Coul, E., Koedijk, F.D.H., Van Veen, M.G., Van de Laar, M.J.W. (2006). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2005*. Bilthoven: RIVM.
- De Graaf, D., Poort, E. (2004). *Evaluatie van de Zomercampagne 2003; 'Drank: de kater komt later'*. Haarlem: ResCon.
- De Graaf, I., Wildschut, J., Van de Mheen, H. (2000). *Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan*. Rotterdam: IVO.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Hollander, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Van Oers, J.A.M., Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2006*. Bilthoven: RIVM.
- De Jong, M., Poelmans, I., Linck, H., Ernst, M. (2008). *Tendens 2008: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: IrisZorg.
- De Jong, M., Poelmans, I., Diemers, J., Ernst, M. (2009). *Tendens 2009: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: IrisZorg.
- De Korte, D., Nagelhout, G., Feenstra, D., Zeegers, T., Van der Meer, R., Willemsen, M. (2008). *Hulpmiddelen voor stoppen met roken: 1992-2008: themapublicatie*. Den Haag: Stivoro.

- De Vries, H., Bakker, M., Mullen, P.D., van Breukelen, G. (2006). The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2): 177-187.
- De Win, M.M. (2007). *Neurotoxicity of ecstasy: causality, course, and clinical relevance*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Degenhardt, L., Bruno, R., Topp, L. (2009). Is ecstasy a drug of dependence? *Drug and Alcohol Dependence*.
- Degenhardt, L., Dunn, M. (2009). The epidemiology of GHB and ketamine use in an Australian household survey. *International Journal of Drug Policy*, 19: 311-316.
- Di Forti, M., Morgan, C., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Reis Marques, T., Handley, R., Luzi, S., Russo, M., Paparelli, A., Butt, A., Stilo, S.A., Wiffen, B., Powell, J., Murray, R.M. (2009). High-potency cannabis and the risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 195: 488-491.
- Dumont, G.H.J. (2009). *Cognitive and physiological effects of 3,4-methylenedioxydemethamphetamine (MDMA or 'ecstasy') in combination with alcohol or cannabis in humans*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Dunn, M., Topp, L., Degenhardt, L. (2009). GHB in Sydney, Australia, 2000-2006: a case study of the EDRS as a strategic early warning system. *International Journal of Drug Policy*, 20: 413-417.
- EMCDDA (2007). *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA (2008). *Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA (2009). *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
- Engels, R.C., Ter Bogt, T. (2004). Outcome expectancies and ecstasy use in visitors of rave parties in The Netherlands. *European Addiction Research*, 10 (4): 156-162.
- Ester, T.J., Driessen, F.M.H.M. (2009). *Druggerelateerde criminaliteit in Nederland, in vergelijking met enkele andere West-Europese landen en de VS: werkdocument t.b.v. WODC, Ministerie van Justitie*. Utrecht: Bureau Driessen.
- European Commission (2007). *Attitudes towards alcohol: special Eurobarometer 272*. Brussel: European Commission.
- European Commission Directorate General Taxation and Custom Union Tax Policy (2009a). *Excise duty tables: part 1: alcoholic beverages*. Brussels: European Commission.
- European Commission Directorate General Taxation and Custom Union Tax Policy (2009b). *Excise Duty Tables: part III: manufactured tobacco*. Brussels: European Commission.
- Expertisecentrum Synthetische Drugs en Precursoren (2008). *Jaarverslag Synthetische Drugs en Precursoren 2007*. Zoetermeer: Dienst Nationale Recherche.
- Gallup Organization (2009). *Survey on tobacco: analytical report*. Brussel: European Commission.



- Ganpat, S., Wits, E., Schoenmakers, T., Greeven, P. (2009). *Problematiek en zorgbehoefte van gedetineerden met een ISD-maatregel in JJ Vught*. Rotterdam: IVO.
- Gezondheidsraad (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad (2006). *Richtlijnen gezonde voeding 2006*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gielkens-Sijstermans, C.M., Mommers, M.A., Hoogenveen, R.T., Feenstra, T.L., De Vreede, J., Bovens, F.M., Van Schayck, O.C. (2009). Reduction of smoking in Dutch adolescents over the past decade and its health gains: a repeated cross-sectional study. *The European Journal of Public Health*.
- Goderie, M. (2009). *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Goderie, M., Lünnevan, K. (2009). *De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders, procesevaluatie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Gonzalez, A., Nutt, D.J. (2005). Gamma hydroxy butyrate abuse and dependency. *Journal of Psychopharmacology*, 19(2): 195-204.
- Gras, L., Van Sighem, A., Smit, C., Zaheri, S., Schuitemaker, H., De Wolf, F. (2007). *Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands: report 2007*. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring.
- Grund, J.P., Reinerie, P., Smits, M., Albert, G. (2007). Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie. *Epidemiologisch Bulletin*, 42 (4): 2-10.
- Hall, W., Pacula, R.L. (2003). *Cannabis use and dependence: public health and public policy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Heale, P., Chikritzhs, T., Jonas, H., Stockwell, T., Dietze, P. (2002). Estimated alcohol-caused deaths in Australia, 1990-97. *Drug and Alcohol Review*, 21: 121-129.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T. (2000). *The 1999 ESPAD Report: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm: CAN.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN.
- Hofhuis, W., Merkus, P.J.F.M. (2005). Passief roken: schadelijke effecten bij kinderen. In: K. Knol, C. Hilvering, D.J.T. Wagener, M.C. Willemsen (red.). *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*, p. 246-254. Utrecht: Lemma.
- Hoofdbedrijfschap Detailhandel (2009). *Tabaks- en gemakszaken: bestedingen en marktaandeelen [website]*. Den Haag: HDB.
- Hoogenboezem, G., Baas, I., De Gee, A., Vossenbergh, P. (2008a). *Heroïnegebruikers en infectieziekten: risicogedrag en gezondheid onder gemarginaliseerde heroïnegebruikers in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Hoogenboezem, G., Ensdorff, J., Croes, E. (2008b). *Basecoke en infectieziekten: risicogedrag en gezondheid onder gemarginaliseerde basecokegebruikers in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- IMS Health (2009). *Anti-rook-Trimbos 14-08-2009 [spreadsheet]*. Den Haag: IMS Health.
- Intraval (2009). *Factsheet monitor naleving rookvrije werkplek 2008*. Groningen: Intraval.
- Inspectie voor de Sanctietoepassing (2008). *Aansluiting nazorg in het gevangeniswezen: themarapport*. Den Haag: Ministerie van Justitie/ISt.
- IVZ (2009). *LADIS nieuwsflits kerncijfers 2008: hulpvraag in Nederland*. Houten: Stichting IVZ.
- Jager, G. (2006). *Functional MRI studies in human ecstasy and cannabis users*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Jans, N. (2006). *Kroegtijgers & damlopers: een onderzoek naar alcohol- en drugsgebruik, veiligheid en mogelijkheden voor preventie in het uitgaansleven van Zaandam*. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland.
- Jones, A.W., Eklund, A., Kronstrand, R. (2009). Concentration-time profiles of gamma-hydroxybutyrate in blood after recreational doses are best described by zero-order rather than first-order kinetics. *Journal of Analytical Toxicology*, 33: 332-335.
- Kalechstein, A.D., De La Garza, R., Mahoney, J.J., Fantegrossi, W.E., Newton, T.F. (2007). MDMA use and neurocognition: a meta-analytic review. *Psychopharmacology*, 189(4): 531-537.
- Kawachi, I. (2005). More evidence on the risks of passive smoking. *BMJ*, 330(7486): 265-266.
- Kepper, A., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2009). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): resultaten meting oktober - december 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1): 8-19.
- Kessler, R.C., Üstün, T.B. (2008). *The WHO world mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press.
- KLPD-Dienst IPOL (2008). *Drugsinbeslagnemingen en drugsprijzen: Nederland - 2007*. Zoetermeer: KLPD-Dienst IPOL.
- KLPD-Dienst IPOL (2009). *Drugsinbeslagnemingen en drugsprijzen: Nederland - 2008*. Zoetermeer: KLPD-Dienst IPOL.
- Knibbe, R.A., Joosten, A., Choquet, M., Derickx, M., Morin, D., Monshouwer, K. (2007). Culture as an explanation for substance-related problems: A cross-national study among French and Dutch adolescents. *Social Science & Medicine*, 64: 604-616.

- Knibbe, R.A., Joosten, J., Derickx, M., Choquet, M., Morin, D., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2005). Perceived availability of substance use and substance-related problems: a cross national study among French and Dutch adolescents. *Journal of Substance Use*, 10(2/3): 151-163.
- Knowles, L., Buxton, J.A., Skuridina, N., Achebe, I., LeGatt, D., Fan, S., Zhu, N.Y., Talbot, J. (2009). Levamisole tainted cocaine causing severe neutropenia in Alberta and British Columbia. *Harm Reduction Journal*, 6(30).
- Koedijk, F.D.H., Vriend, H.J., Van Veen, M.G., Op de Coul, E.L.M., Van den Broek, I.V.F., Van Sighem, A.I., Verheij, R.A., Van der Sande, M.A.B. (2009). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2008*. Bilthoven: RIVM.
- Kohrs, F.P., Mann, C., Greenberg, R. (2004). The use of amphetamine in gamma-hydroxybutyrate overdose: a case report. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(3): 401-402.
- Korf, D.J., Nabben, T., Benschop, A. (2004a). *Antenne 2003: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Korf, D.J., Wouters, M., Benschop, A., Van Ginkel, P. (2004b). *Sterke wiet: een onderzoek naar blowgedrag, schadelijkheid en afhankelijkheid van cannabis*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Korf, D.J., Van Ginkel, P., Wouters, M. (2004c). *Je ziet het ze niet aan: zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Korf, D.J., Van Vliet, E., Knotter, J., Wouters, M. (2005a). *Tippelen na de zone: straatprostitutie en verborgen prostitutie in Amsterdam*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., Van Ginkel, P. (2005b). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Korf, D.J., Benschop, A., Rots, G. (2005c). Geweld, alcohol en drugs bij jeugdige gedetineerden en school drop-outs. *Tijdschrift voor Criminologie*, 47 (3): 239-254.
- Korf, D.J., Benschop, A., Wouters, M. (2007). Differential responses to cannabis potency: a typology of users based on self-reported consumption behaviour. *Int J Drug Policy*, 18(3): 168-176.
- Korte, J. (2008). *Alcoholgebruik bij middelbare scholieren in Twente: prevalentie, determinanten en de rol van keten*. Enschede: Universiteit Twente.
- Kramer, M., Dupont, H. (2006). *Nuije Hêlesje Wink: alcohol- en ander druggebruik bij hangjongeren in Heerlen: een inventarisatie van de aard van het middelengebruik en van mogelijkheden voor preventie*. Sittard: Mondriaan Zorggroep.
- Kroes, M.E., Mastenbroek, C.G. (2009). *Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg! Op 21 april 2009 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en sport*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Kruize, A., Bieleman, B. (2008a). *Monitor alcoholverstrekking jongeren 2007: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar Drank- en horecawet: tweejaarlijkse metingen 1999-2007*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.

- Kruize, A., Bieleman, B. (2008b). *Monitor tabaksverstrekking jongeren 2007: naleving leeftijdsgrens 16 jaar: metingen 1999 - 2007*. Groningen: IntraVal.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (2008). *Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden*. Utrecht: CBO/DJI.
- KWF Kankerbestrijding (2004). *De rol van voeding bij het ontstaan van kanker*. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding.
- Lanting, C.I., Segaar, D., Crone, M.R., Van Wouwe, J.P. (2007). Licht dalende prevalentie van roken rondom zwangerschap. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.*, 151(46): 2566-2469.
- Lauer, M.S., Sorlie, P. (2009). Alcohol, cardiovascular disease, and cancer: treat with caution. *Journal of the National Cancer Institute*, 101 (5): 282-283.
- Lempens, A., Boers, R., Maalsté, N. (2004). *Harddrugsgebruikers in beweging: aard, omvang en mobiliteit van harddrugsgebruikers in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
- Leung, K.S., Cottler, L.B. (2008). Ecstasy and other club drugs: a review of recent epidemiologic studies. *Current Opinion in Psychiatry*, 21: 234-241.
- Lightwood, J.M., Glantz, S.A. (2009). Declines in Acute Myocardial Infarction After Smoke-Free Laws and Individual Risk Attributable to Secondhand Smoke. *Circulation*, 120: 1373-1379.
- Lindenburg, C.E., Krol, A., Smit, C., Buster, M.C., Coutinho, R.A., Prins, M. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20(13): 1771-1775.
- Marona-Lewicka, D., Rhee, G.S., Sprague, J.E., Nichols, D.E. (1995). Psychostimulant-like effects of p-fluoroamphetamine in the rat. *Eur J Pharmacol*, 287(2): 105-113.
- Meerkerk, G.J., Van Rooij, A.J., Amadmoestar, S.S., Schoenmakers, T. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht: een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland*. Rotterdam: IVO.
- Meijer, R.F., Aidala, R., Verrest, P.A.M., Van Panhuis, P., Essers, A.A.M. (2003). *Monitoring van Drugcriminaliteit: werken aan kengetallen voor de Nationale Drugmonitor*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Meijer, R.F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M.M.J., Wartna, B.S.J., Brouwers, M., Essers, A.A.M. (2003). *Geregistreeerde drugcriminaliteit in cijfers: achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2002*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Mensinga, Tj., De Vries, I.K.M., Hunault, C.C., Van den Hengel-Koot, I.S., Fijen, J.W., Leenders, M.E.C., Meulenbelt, J. (2006). *Dubbel-blind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar de farmacokinetiek en effecten van cannabis*. Bilthoven: RIVM.
- Meyers, D.G., Neuberger, J.S., He, J. (2009). Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll. Cardiol.*, 54(14): 1249-1255.
- Ministerie van Verkeer en Waterstaat (2008). *Rijden onder invloed in Nederland in 1999-2007: ontwikkeling van het alcoholgebruik van automobilisten in weekendnachten*. Delft: Ministerie van Verkeer en Waterstaat.

- Monshouwer, K., Smit, F., De Graaf, R., Van Os, J., Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100(7): 963-970.
- Monshouwer, K., Smit, F., Spruit, I. (2002). Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 80(3): 172-177.
- Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Ter Bogt, T., De Graaf, R., Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: findings from a Dutch survey. *British Journal of Psychiatry*, 188(2): 148-153.
- Monshouwer, K., Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007: kernegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M., Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584): 319-328.
- Moser, M.S., Purssell, R.A. (2000). Gamma-hydroxybutyrate overdose and coma: a case report. *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 2(3): 203-205.
- Mulder, J. (2005). *Indrinken op eigen erf: onderzoek naar jongerenontmoetingsplekken in keten en hokken op het platteland*. Utrecht: Stichting Alcoholpreventie.
- Nabben, T., Quaak, L., Korf, D.J. (2005). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2004-2005*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2006). *Antenne 2005: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2007a). *Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nabben, T., Koet, S., Korf, D.J. (2007b). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2006-2007*. Amsterdam: Rozenberg.
- Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. (2008). *Antenne 2007: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Negus, S.S., Mello, N.K., Blough, B.E., Baumann, M.H., Rothman, R.B. (2007). Monoamine releasers with varying selectivity for dopamine/norepinephrine versus serotonin release as candidate "agonist" medications for cocaine dependence: studies in assays of cocaine discrimination and cocaine self-administration in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther*, 320(2): 627-636.
- Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. (2007). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2006-2007)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Goldschmidt, H. (2008). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2007-2008)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Niesink, R., Rigter, S., Hoek, J., Den Boer, N. (2009). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2008-2009)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B., Van den Eijnden, R. (2007). *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*. Rotterdam: IVO.
- Openbaar Ministerie (2009). *Aanwijzing opiumwet (2000A019)*. Den Haag: Openbaar Ministerie.
- Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., Van Delden, E.B. (2009). *Kerncijfers Verslavingszorg 2007: tabellenboek: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVZ.
- Ouwehand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Mol, A., Wisselink, D.J., Van Delden, E.B. (2010). *Gegevensverstrekking uit LADIS 2008 aan het Trimbos-instituut voor de actualisering van de schatting van het aantal problematische harddruggebruikers (interne publicatie)*. Houten: IVZ.
- Parsons, J.T., Grov, C., Kelly, B.C. (2009). Club drug use and dependence among young adults recruited through time-space sampling. *Public Health Reports*, 124(2): 246-254.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P., Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97(7): 773-783.
- Peters, R.J.G. (2007). Nieuwe wetenschappelijke argumenten voor het verder terugdringen van tabaksgebruik, ook in horecagelegenheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151(3): 167-168.
- Peters, G.J.Y., Kok, G., Schaalma, H. P. (2008). Careers in ecstasy use: do ecstasy users cease of their own accord? Implications for intervention development. *BMC Public Health*.
- Poppelier, A., Van de Wiel, A., Van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaadt: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: IVO.
- Productschap Dranken (2008a). *De feiten over accijns op alcoholhoudende dranken*. Schiedam: Productschap Dranken.
- Productschap Dranken (2008b). *Jaarverslag 2008*. Rotterdam: Productschap Dranken.
- Productschap Wijn (2009). *Jaarverslag 2007*. Den Haag: Productschap Wijn.
- Quo Fadis: Qua Uitvoering Onderzoeksmatig Fries Alcohol en Drugs Informatie Systeem (2009). Stand van zaken genotmiddelengebruik in Fryslân samengesteld door Quo Fadis. *Feitenblad genotmiddelen*, 11: 1-4.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373: 2223-2233.
- Reitz, C., Den Heijer, T., Van Duijn, C., Hofman, A., Breteler, M.M. (2007). Relation between smoking and risk of dementia and Alzheimer disease: the Rotterdam Study. *Neurology*, 69(10): 998-1005.



- Rigter, H., Van Laar, M. (2002). Epidemiological aspects of cannabis use. In: I.P. Spruit (red.). *Cannabis 2002 report : a joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland : technical report of the International Scientific Conference Brussels, Belgium, 25-02-2002*, p. 19-45. Brussels, Belgium: Ministry of Public Health.
- Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005*. Rotterdam: IVO.
- Rogers, G., Elston, J., Garside, R., Roome, C., Taylor, R., Younger, P., Zawada, A., Somerville, M. (2009). The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence. *Health Technology Assessment*, 13(6).
- Room, R., Babor, T., Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365 (9458): 519-530.
- Roomer, A., Poelmans, I. (2006). *Tendens 2005-2006: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Arnhem: De Griff.
- SAMHSA 2009. *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
- SAR (2010). *Gezondheidseffecten van matige alcoholconsumptie: resultaten van 30 jaar wetenschappelijk onderzoek*. Den Haag: SAR.
- Schaafsma, J. (2008). Jeugd aan de speed. *De Telegraaf*, 116 (vrijdag 11 januari 2008 no. 37454): 1.
- Scheenstra, R.J., Van Buren, M., Koopman, J.P. (2007). Een patiënt met neuseptumdestructie door cocaïne en antistoffen tegen cytoplasmatische antigeen van neutrofiële granulocyten (ANCA); mogelijke verwarring met de ziekte van Wegener. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151(43): 2395-2399.
- Schilt, T. (2009). *Thinking of Ecstasy: neuropsychological aspects of ecstasy use*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Schoenmakers, T.M., Baars, J., Van de Mheen, D. (2009a). *Schatting van het aantal problematisch harddruggebruikers in Rotterdam voor 2008*. Rotterdam: IVO.
- Schoenmakers, T.M., Baars, J., Van de Mheen, D. (2009b). *Schatting van het aantal problematisch harddruggebruikers in Den Haag voor 2008*. Rotterdam: IVO.
- Segaar, D. (2006). *Adoption and implementation of smoking cessation support in health care*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Single, E., Ashley, M.J., Bondy, S., Rankin, J., Rehm, J. (1999). *Evidence regarding the level of alcohol consumption considered to be low-risk for men and women*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- Snippe, J., Hoogeveen, C., Bieleman, B. (2000). *Monitor drugproblematiek justitie, definitiestudie en ontwikkeltraject*. Groningen: IntraVal.
- Staatscourant (2000). *Aanwijzing Opiumwet (27 december 2000 nr. 250, 2000A019)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Staatscourant (2008). *Instellingsbesluit Task Force Aanpak Georganiseerde Hennepteelt (28 januari 2008 nr. 171, p. 10)*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- STAP (2009a). *Alcoholmarketing via internet*. Utrecht: STAP, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid.

- STAP (2009b). *Alcohol en sportsponsoring: hoe sterk verweven?* Utrecht: STAP, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid.
- STAP (2009c). *Factsheet blootstelling aan alcoholpromotie tijdens het EK voetbal 2008 en de invloed op jongeren in de leeftijd van 12 t/m 15 jaar.* Utrecht: STAP, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2008). Kroegtijgers in de apotheek. *Pharmaceutisch Weekblad*, 143(41).
- Stichting Mainline (2008). *Cocaineinfo.nl*. Amsterdam: Stichting Mainline.
- STIVORO (2008a). *Jaarverslag 2007: onderweg naar een rookvrije horeca.* Den Haag: STIVORO voor een rookvrije toekomst.
- STIVORO (2008b). *Roken, de harde feiten: jeugd 2008.* Den Haag: STIVORO-voor een rookvrije toekomst.
- STIVORO (2009a). *Jaarverslag 2008.* Den Haag: Stivoro.
- STIVORO (2009b). *Roken, de harde feiten: volwassenen 2008.* Den Haag: STIVORO - expertisecentrum tabaksgebruik en -verslaving.
- Stoele, M., Van 't Klooster, B., Van der Poel, A. (2005). *Quick scan verslavingsproblematiek regio Den Bosch 2005: aard en omvang verslavingsproblematiek en knelpunten in zorgverlening in de regio Den Bosch.* Sint-Oedenrode/Rotterdam: Novadic-Kentron/IVO.
- Streppel, M.T., Boshuizen, H.C., Ocké, M.C., Kok, F.J., Kromhout, D. (2007). Mortality and life expectancy in relation to long-term cigarette, cigar and pipe smoking: the Zutphen Study. *Tobacco Control*, 16: 107-113.
- Tariq, L., Van Gelder, B.M., Van Zutphen, M., Feenstra, T.L. (2009). *Smoking cessation strategies targeting people with low socio-economic status: a first exploration of the effectiveness of available interventions.* Bilthoven: RIVM.
- Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M.R., Valentin, V., Hunt, D., Diaz, R., Rashed, W., Freeman, R., Jiang, L., Zhang, X., Yusuf, S. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*, 368(9536): 647-658.
- Ter Bogt, T.F.M., Engels, R.C.M.E. (2005). 'Partying' Hard: Party Style, Motives for and Effects of MDMA Use at Rave Parties. *Substance Use & Misuse*, 40: 1479-1502.
- Tollenaar, N. (2008). De monitor veelplegers: jeugdige en zeer actieve volwassen veelplegers gevolgd in Nederland. In: F. Gilleir (red.). *Veelplegers*, p. 103-121. Brussel: Uitgeverij Politeia.
- Trimbos-instituut (2009a). *Factsheet GHB.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut (2009b). *Ouderen aan de fles: de zorgelijke trend zet zich door: <http://www.drugsinfo.nl/index.cfm?act=nieuws.detail&nwid=140>.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam (2010). *Voorlopige cijfers onderzoek "Uit onder invloed" 2008/2009.* Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/Universiteit van Amsterdam.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2004a). *Drugbeleid: Brief ministers over het cannabisbeleid: vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 24077 nr.125.* Den Haag: Sdu Uitgevers.



- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2004b). *Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Penitentiaire beginselenwet (plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders); Brief minister over de stand van zaken inzake de plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders: vergaderjaar 2003-2004 publicatienummer 28980 nr.16*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2005). *Alcoholbeleid: brief minister over het alcoholgebruik onder jongeren: vergaderjaar 2004-2005 publicatienummer 27565 nr.29, T.K.27565-29*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2006a). *Drugbeleid; Brief minister bij aanbieding notitie Integrale aanpak hennepsteelt: vergaderjaar 2005-2006 publicatienummer 24077 nr.184*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2006b). *Preventiebeleid voor de volksgezondheid. vergaderjaar 2006-2007 publicatie nummer 114, T.K.22894-114*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2007). *Bestrijding georganiseerde criminaliteit; Brief minister ter aanbieding van Programma versterking aanpak georganiseerde misdaad en Programma financieel-economische criminaliteit: vergaderjaar 2007-2008 publicatienummer 29911 nr.10*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Valkenberg, H. (2009). *Ongevallen waar alcohol of drugs bij betrokken zijn*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
- Van 't Klooster, B., Van Dongen, A., Rezai, S., Van der Poel, A. (2006). *REGIO Monitor Eindhoven 2006: aard en omvang van (ernstige) verslavingsproblematiek en knelpunten in de zorgverlening*. Sint-Oedenrode/Rotterdam: Novadic-Kentron/IVO.
- Van Amsterdam, J.G.C., Van Marle, J., Van Dijk, P., Niesink, R., Opperhuizen, A. (2007). *Electronenmicroscopisch onderzoek van vervuilde wietmonsters*. Bilthoven: RIVM.
- Van de Laar, M.J.W., Op de Coul, E.L.M. (2004). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003*. Bilthoven: RIVM.
- Van de Luitgaarden, J., Knibbe, R.A., Wiers, R.W. (2010). Adolescents binge drinking when on holiday: an evaluation of a community intervention based on self-regulation. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2): 190-203.
- Van de Mheen, D. (2000). *De Rotterdamse drugsscene onder de loep: resultaten van 5 jaar Drug Monitoring Systeem in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
- Van den Brink, W., Van de Wetering, B.J.M., Van Brussel, G.H.A., Krappel, C., Hendriks, V.M., Blanken, P., De Bruin, H.W., Korf, D.J. (2008). *Prevalence, treatment needs and new pharmacotherapeutic treatment options for crack dependent people in the Netherlands; ZonMw project 31160012*. Den Haag: ZonMw.
- Van der Dam, S., Coumans, M., Knibbe, R. (2006). *Frequent harddruggebruik onder jong volwassenen in Parkstad Limburg: Drug Monitoring Systeem Parstad Limburg, 2004-2006*. Rotterdam: IVO.
- Van der Poel, A. (2009). *Low-threshold care for marginalised hard drug users: marginalisation and socialisation in the Rotterdam hard drug scene*. Rotterdam: IVO.

- Van der Poel, A., Barendregt, C., Schouten, M. (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene (resultaten van de survey 2003). *IVO-bulletin*, 6(4): 1-19.
- Van der Poel, A., Hennink, M., Barendregt, C., Van de Mheen, D. (2004). Jongeren en basecoke: leidt gebruik van basecoke tot marginalisering? *IVO-bulletin*, 7(1): 1-20.
- Van der Vorst, H. (2007). *The key to the cellar door: the role of the family in adolescents' alcohol use*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Van Dijck, D., Knibbe, R.A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Van Dijck, D., Knibbe, R.A. (2006). *De incidentie, remissie en chroniciteit van probleemdrinken in de algemene Nederlandse bevolking: een longitudinaal onderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Van Dijk, P. (2009). *DIMS Jaarbericht 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Dorsselaer, S., Zeijl, E., Van den Eeckhout, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Empelen, P., Krummacher, N., Vlessing, A. (2009). Hiv test en druggebruiker: redenen voor druggebruikers om zich te laten testen. In: J.N. Breemer, W.M. De Jong, N. Krummacher, R. Wolter (red.). *Pilotproject Actief Testen in de GGZ en maatschappelijke opvang 2007-2008: evaluatierapport*, Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- Van Gelder, P., Reinerie, P., Burger, I. (2003). *Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
- Van Gelder, P., Reinerie, P., Smits, M., Burger, I., Hendriks, V. (2004). *Uit (je dak) in Den Haag, 2003: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik*. Den Haag: Parnassia.
- Van Laar, M., Cruts, G., Deerenberg, I. (2006). Sterfte door drugs: wat zeggen de aantallen? *Verslaving*, 2: 61-74.
- Van Laar, M., Cruts, G., Vicente, J., Frost, N., Hartnoll, R. (2002a). *The DRD-Standard, version 3.0: EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data and report figures for the Key Indicator Drug-Related Deaths by the Standard Reitox tables*. Lissabon: EMCDDA.
- Van Laar, M., Cruts, G., Vicente, J., Hartnoll, R. (2002b). *Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths indicator in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths; EMCDDA project CT.00.RTX.22*. Lisbon: EMCDDA.
- Van Laar, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., De Graaf, R. (2005). *Association between cannabis use and mental disorders in the adult population: Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders?* Utrecht: Trimbos Institute.
- Van Laar, M., Van Ooyen-Houben, M. (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Van Leeuwen, F.E. (1999). *Epidemiologie van kanker: inzichten en vooruitzichten*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

- Van Noorden, M.S., Van Dongen, L.C.A.M., Zitman, F.G., Vergouwen, T.A.C.M. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *General Hospital Psychiatry*, 31: 394-396.
- Van Ooyen-Houben, M. (2009). Delicten gepleegd door drugsgebruikers. In: M. Van Laar, M. Van Ooyen-Houben (red.). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*, p. 267-292. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- Van Ooyen-Houben, M., Meijer, R., Kaal, H., Galloway, M. (2009). Drugswetcriminaliteit. In: M. Van Laar, M. Van Ooyen-Houben (red.). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*, p. 221-266. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- Van Pareren, D., Van 't Klooster, B. (2006). *Cocaïnegebruik in het uitgaansgebied van Eindhoven*. Eindhoven: Novadic-Kentron.
- Van Sassenbroeck, D.K., De Neve, N., De Paepe, P., Belpaire, F.M., Verstraete, A.G., Calle, P.A., Buylaert, W.A. (2007). Abrupt awakening phenomenon associated with gamma-hydroxybutyrate use: a case series. *Clinical Toxicology*, 45: 533-538.
- Van Schooten, F.J., Godschalk, R. (2005). Passief roken: gezondheidsrisico's. In: K. Knol, C. Hilvering, D.J.T. Wagener, M.C. Willemsen (red.). *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*, p. 237-246. Utrecht: Lemma.
- Van Veen, M. (2009). *Reguliere screening infectieziekten in de verslavingszorg: rapportage*. Bilthoven: RIVM.
- Van Velthoven, B.C.J., Moolenaar, D.E.G. (2009). Loont de SOV/ISD-maatregel? Een eerste verkenning. *Justitiële Verkenningen*, 35(2): 31-53.
- Van Velzen, A.G., Van Gorcum, T.F., Van Riel, A.J.H.P., Meulenbelt, J., De Vries, I. (2009). *Acute vergiftigingen bij mens en dier: jaaroverzicht 2008 Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum*. Bilthoven: RIVM.
- Van Vuuren, C.L., Tielen, J.T. (2005). *Quick scan uitgaandruge en preventie: onderzoek naar alcohol- en drugsgebruik en mogelijkheden voor preventie in het uitgaansleven en sportkantine in Noordwijk*. Leiden: GGD Zuid-Holland Noord.
- Van Weel, C., Coebergh, J.W.W., Drenthen, T., Schippers, G.M., Van Spiegel, P.I., Anderson, P.D., Van Bladeren, F.A.v., Van Veenendaal, H.v. (2005). Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(1): 17-21.
- Van Zundert, R.M.P., Engels, R.C.M.E., Delsing, M.J.M.H. (2004). Alcoholgebruik van scholieren in het voortgezet speciaal onderwijs: de rol van ouderlijk alcoholgebruik en opvoeding. *Gedrag en gezondheid: tijdschrift voor psychologie en gezondheid*, 32(5): 326-343.
- Verdonk-Kleinjan, W.M.I., Knibbe, R.A., Bieleman, B., De Groot, H.N., De Vries, H. (2008). The tobacco sales ban and tobacco purchases by adolescents: a general population study in The Netherlands. *European Journal of Public Health*.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S. (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health survey and incidence study' [Nemesis]*. Utrecht: Bureau NDM.

- Verdurmen, J., Van der Meulen, A., Van Laar, M. (2004). Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland. *Bevolkingstrends*, 52(3e kwartaal): 32-38.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2005a). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5): 605-609.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2005b). *Cannabisgebruik onder adolescenten: gebruikspatronen, achtergrondfactoren en psychosociale problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verdurmen, J., Abraham, M., Planije, M., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Schulten, I., Bevers, J., Vollebergh, W. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verdurmen, J., Smit, E., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Schulten, I. (2008). *Ouders over alcohol-, roken en drugspecifieke opvoeding 2007: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Ouders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vermeulen, K., Wildschut, J., Knibbe, R. (2001). *'Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit': een verkennend onderzoek naar (base)cocaine in de Utrechtse gemarginaliseerde gebruiksscene*. Rotterdam: IVO.
- Vet, R., Van den Eijnden, R. (2007). *Het gebruik van alcohol door jongeren en de rol van ouders: Resultaten van twee metingen*. Rotterdam: IVO.
- WHO (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Genève: World Health Organization.
- WHO (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Witteveen, E.J. (2008). *Knowledge gained through experience in young problem drug users: reflections on interventions and change*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Wouters, M., Korf, D.J., Kroeske, B. (2007). *Harde aanpak, hete zomer: een onderzoek naar de ontmanteling van hennepkwekerijen in Nederland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Zhu, N.Y., LeGatt, D.F., Turner, A.R. (2009). Agranulocytosis after consumption of cocaine adulterated with levamisole. *Annals of Internal Medicine*, 150(4): 287-289.
- Zvosec, D.L., Smith, S.W., Litonjua, R., Westfal, R.E.J. (2007). Physostigmine for gamma-hydroxybutyrate coma: inefficacy, adverse events, and review. *Clinical Toxicology*, 45: 261-265.